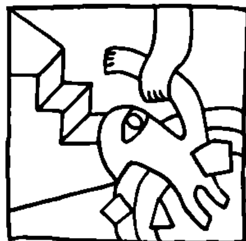
PSIHANALIZA CONTEMPORANĂ
Colecţie coordonată de Vasile Dem. Zamfirescu

Prinde-i înainte de a cădea

Noi abordări în tratamentul prăbușirii psihice

PSIHANALIZĂ CONTEMPORANĂ



TREI

CHRISTOPHER BOLLAS

Traducere din engleză de Laura Netea

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU
Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU
Redactare:
MANUELA SOFIA NICOLAE
Coperta:
FABER STUDIO
Director producţie:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN
Dtp:
GABRIELA ANGHEL
Corectură:
IRINA MUŞĂTOIU
VIRGINIA ALEXE
Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
BOLLAS, CHRISTOPHER

Prinde-i înainte de a cădea!: noi abordări în tratamentul prăbuşirii psihice / Christopher Bol las; trad. din engleză de Laura Netea.
— Bucureşti: Editura Trei, 2019
Conţine bibliografie
ISBN 978 – 606 – 40 – 0624-O
I. Netea, Laura (trad.)
159.9
Titlul original: Câtch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown
Autor: Christopher Bollas

O.P. 16, Ghişeul 1, C.P. 0490, Bucureşti
Tel.: + 4 021300 60 90; Fax: + 4 0372 25 20 20
e-mail: comenziedituratrei.ro www.editura trei.ro

Cum să-i prindem înainte de a cădea în cadrul acestei explorări a unei abordări radicale a tratamentului psihanalitic acordat persoanelor aflate la limita prăbuşirii psihice, Christopher Bollas oferă o paradigmă clinică nouă şi curajoasă.

Acesta sugerează că scopul inconştient al prăbuşirii este prezentarea sinelui în faţa celuilalt, ce vizează facilitarea unei înţelegeri transformatoare; aducerea nucleului perturbat în situaţia de a fi întâlnit şi înţeles în mod direct. Dacă este surprinsă la timp, o prăbuşire poate deveni *un progres*. Vorbim aici de un eveniment impregnat cu cea mai profundă semnificaţie personală, dar care necesită o adâncă înţelegere pentru ca sensul său să-şi poată împlini potenţialul transformator.

Bollas consideră că spitalizarea, tratamentul medicamentos intensiv şi terapia cognitiv-

comportamentală/comportamentală dialectică reprezintă cu toatele forme de negare a acestei oportunităţi şi propune ideea conform căreia multora dintre aceşti pacienţi ar trebui să le fie oferită în schimb o psihanaliză extinsă şi intensivă.

Această carte va fi una de interes pentru clinicienii care descoperă că, în cazul pacienţilor aflaţi la limita prăbuşirii psihice, travaliul psihanalitic tradiţional se dovedeşte a fi insuficient pentru soluţionarea crizei emergente. Cu toate acestea, provocatoarea propunere a lui Bollas va stârni multe întrebări, iar, în capitolul de final al cărţii, unele dintre acestea sunt ridicate de Sacha Bollas şi prezentate sub formă de întrebare şi răspuns.

CHRISTOPHER BOLLAS, PHD, este psihanalist, activând în Londra.

SACHA BOLLAS, PSYD, este psiholog, activând în Los Angeles.

Prinde-i înainte de a cădea! Cuprins

Introducere

Există multe motive pentru care oamenii se îndreaptă către o psihanaliză sau o psihoterapie. Foarte puţini fac acest lucru pentru a avea o prăbuşire psihică, deşi unii dintre ei abia dacă se mai pot susţine. Deşi, la nivel conştient, mulţi aleg psihanaliza cu scopul de a soluţiona ceea ce numim cu blândeţe *probleme relaţionale* sau *probleme situaţionale*, aceştia suferă, în sinea lor, de o covârşitoare durere psihică, fiindu-le imposibil să-şi imagineze că vor supravieţui.

Psihanaliştii au ajuns să realizeze că, dacă şedinţele de analiză au loc de câteva ori pe săptămână şi dacă analizândul regresează la stadiul de dependenţă într-un mod mai degrabă obişnuit – slăbindu-şi apărările, deschizându-şi şinele către transformarea interpretativă, abandonând tiparele tulburate ale personalităţii[1] –, de

1 Characterîn original. Prin alegerea termenului, autorul a făcut referire și la sensul de „personaj" al acestuia. în limba română a fost tradus preponderent cu „personalitate" pentru a nu se crea confuzii, acesta din urmă fiind mai des utilizat în limbajul de specialitate; de asemenea,

obicei, şinele se va descompune într-o manieră lentă şi cumulativă, non-traumatică. Acesta este modul în care lucrează mulţi psihanalize şi, în majoritatea cazurilor, analiza standard nu necesită nimic în plus.

Există unii clinicieni care, în general, ca rezultat al afilierii la un spital de psihiatrie, prezintă un interes deosebit faţă de a lucra analitic cu persoane psihotice. În schimb, majoritatea analiştilor, deşi lucrează cu un spectru larg de pacienţi, intră numai ocazional în contact cu psihoza sau cu indivizi aflaţi în pragul prăbuşirii psihice. În mod obişnuit, orice potenţială catastrofă poate fi atenuată prin intermediul travaliului psihanalitic tradiţional, dar uneori se dovedeşte că lucrurile nu funcţionează întocmai.

Această carte este dedicată provocărilor aduse de lucrul cu persoane aflate în terapie sau în analiză care, fie brusc, fie treptat, indică existenţa unor semne de prăbuşire psihică, care, din varii motive, nu poate fi soluţionată cu ajutorul unei abordări clinice obişnuite. Această lucrare sugerează o cale alternativă celor urmate în general – spitalizarea şi/sau medicaţia antipsihotică sau anti-depresivă – şi care pot avea un impact ireversibil asupra vieţii unei persoane.

Mai mult decât atât, intenţia acestei cărţi este de a constitui o ripostă faţă de mult lăudatele tratamente aparţinând terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) ori comportamentale dialectice (TCD), care au drept consecinţă facilitarea poziţionării în plan secundar de către pacienţi a vieţii lor interne, prin distragerea atenţiei acestora către un proiect cognitiv temporar. La fel cum un părinte opreşte plânsul copilului distrăgându-l – „Hei, ia uite ce-i acolo!” –, astfel de intervenţii pot împiedica declanşarea unei crize *necesare* sau trivializa funcţia profundă a comportamentului simptomatic.

Dacă prăbuşirea psihică a pacientului scoate la suprafaţă problematici psihice esenţiale, cărora acum le va

„personalitate", ca și „personaj" au rădăcina comună „persona", cu același sens de mască. (N. red.)

fi accesibilă schimbarea, datorită vulnerabilităţii sinelui, lipsa din partea analistului a unui răspuns analitic adecvat constituie un eşec fundamental de întâmpinare a nevoilor sinelui. Când se întâmplă astfel, analizândul poate să oprească declanşarea crizei, direcţionat fiind de noi axiome, construite pe baza presupunerii că nevoile sinelui nu sunt demne de a fi împlinite sau că acestea sunt prea excesive pentru a li se putea face faţă. Prăbuşirea devine atunci *structuralizată* în cadrul sinelui drept un defect permanent, anume, în opinia mea, aproape imposibil de a mai fi remediat în cadrul travaliului analitic ulterior, fie alături de respectivul analist fie într-o tranşă viitoare de terapie sau analiză.

Distragerea prin TCC/TCD va atinge numai suprafaţa sinelui şi va acoperi, pentru o vreme, fisurile create în acesta, adesea înspre uşurarea pacientului, a statisticilor spitaliceşti şi a statului, preocupat doar de rentabilitatea persoanei. Dar pentru cei care văd prăbuşirea psihică drept o experienţă umană profundă, distragerea sinelui de la semnificaţiile fragilităţii sale conduce înspre o nouă şi specifică formă de pierdere. Este prea devreme în acest secol pentru a cunoaşte efectele pe termen lung ale unor tratamente atât de superficiale, deşi opinia mea este că ar fi iresponsabil din partea noastră să lăsăm timpul să decidă. Oamenii aflaţi în colaps nu au nevoie ca altcineva să le mute privirea dinspre lumea internă către o carte de exerciţii de autoîntrajutorare; ei au nevoie să fie auziţi şi înţeleşi din străfundurile sinelui, care li se arată şi care constituie însăşi criza parcursă.

Ceea ce urmează trebuie văzut într-o lumină potrivită. Marea majoritate a celor cu care am lucrat de-a lungul carierei mele au fost pacienţi *obişnuiţi*, care sufereau din diverse motive, care puteau vorbi despre această suferinţă, o puteau pune în scenă în transfer şi la care se preta analiza tradiţională. Deci, este important de subliniat că această carte prezintă circumstanţe extrem de neobişnuite. Se poate ca majoritatea analiştilor să nu se

confrunte niciodată cu tipul de situaţie căruia ne adresăm aici, dar nu este niciuna atât de rar întâlnită încât să nu merite să îi acordăm importanţă.

Din timp în timp, poate o dată la câţiva ani, descopeream că un pacient părea să aibă nevoie de ceva diferit din partea mea. Nu mă refer aici la anumite diagnostice. În primul meu an de practică privată, am avut trei pacienţi psihotici în analize de cinci şedinţe pe săptămână, dar faptul că aceştia erau maniacali sau deliranţi nu era vreo surpriză; era o trăsătură obişnuită a bolii lor. Eu mă refer aici la acele ocazii, prin comparaţie deosebit de rare, când o persoană non-psihotică indica, prin aspectul şi comportamentul perturbate, că se afla în pragul unei prăbuşiri psihice.

În Marea Britanie, exista obligaţia ca psihanaliştii nemedici, asemenea mie, să îi telefoneze medicului de familie şi să îl informeze că pacientul său se afla într-o stare de dificultate. Medicul urma să consulte persoana şi, cel mai probabil, să recomande spitalizarea. Am avut norocul ca, atunci când mi s-a întâmplat acest lucru pentru prima oară, cu o pacientă despre care voi discuta în Capitolul 4, să fiu în bune relaţii cu medicul acesteia. L-am întrebat dacă mi-ar permite să-i ofer şedinţe psihanalitice extinse şi să vedem dacă voi reuşi să fac în aşa fel încât pacienta să nu fie nevoită să se interneze, iar medicul a fost de acord.

Aşadar, prima dată i-am pus la dispoziţie mai multe şedinţe în cadrul săptămânii de lucru, iar apoi, când acestea s-au dovedit insuficiente, am crescut numărul şedinţelor la două pe zi, şapte zile pesăptămân a. Am continuat în acest ritm timp de trei săptămâni, până când a depăşit criza. Ştiam că o astfel de metodă era neobişnuită, dar am considerat atunci că era o ocazie singulară.

De fapt, cu câţiva ani mai devreme, mă întrebasem ce aş face dacă un pacient ar avea nevoie de îngrijire intensivă şi am vizitat unităţile de internări psihiatrice din câteva spitale din nordul Londrei. M-am gândit la cum aş

putea, dacă ar fi necesar, să duc un pacient la spital, şi am descoperit o firmă de taximetrie locală care părea de încredere, al cărei număr l-am păstrat în cabinet.

Într-o discuţie cu un foarte respectat coleg, un medic de familie cu specializare în psihiatrie, pe care îl voi numi dr. Branch, am realizat că ar fi posibil să alcătuiesc o echipă de oameni care să furnizeze un mediu de susţinere pentru un pacient care devine psihotic sau suferă o prăbuşire.[2] Ideea era de a oferi un tip de îngrijire pe bază psihanalitică prin care să se evite nevoia de internare a unui pacient, idee pe care am discutat-o cu directorul Echipei de Asistenţă Socială Regională şi cu colegii acestuia. Pe parcursul sfârşitului anilor ’70, dr. Branch mi-a furnizat un sprijin medical în lucrul cu pacienţii schizofrenici şi maniaco-depresivi, iar când aceştia erau acut tulburaţi, am colaborat într-o astfel de manieră încât să prevenim spitalizarea.

Abia în decursul celui de-al doilea deceniu de practică am început să observ un tipar: uneori, unii oameni păreau să necesite o formă specială de tratament psihanalitic pentru ca nevoile lor clinice să fie întâmpinate, iar acest fapt să nu se soldeze cu un eşec. Până la mijlocul anilor ’80, se adunase deja un număr de ocazii în care răspunsesem apropierii unor pacienţi de o prăbuşire psihică prin a le extinde şedinţele.

Până la acel moment, supervizasem şi multe cazuri de peste hotare, în cadrul cărora terapeuţii şi analiştii încercaseră să facă ceva similar. Exista însă o diferenţă cheie: în genere, aceşti clinicieni îi oferiseră unui pacient o şedinţă în plus din când în când şi numai când era deja prea târziu. Cu alte cuvinte, aceştia furnizau tratament reactiv şi nu îngrijire proactivă. Mai mult decât atât, tindeau să-şi comunice ambivalenţa faţă de propriile acţiuni pacienţilor, astfel provocând, fără să-şi dea seama,

2 Dr. Branch este un pseudonim, întrucât acesta a avut un rol atât de important în munca noastră împreună încât dezvăluirea numelui său ar pune în pericol dreptul la confidențialitate al multor pacienți. (N.a.)

încă o şi mai mare anxietate, care conducea curând înspre crearea unui cerc vicios (pacientul şi analistul inducându-şi unul altuia o din ce în ce mai mare stare de alarmă), care avea adesea drept rezultat spitalizarea.

Finalitatea unei prăbuşiri psihice nu este întotdeauna o decompensare psihotică, deşi aceasta poate avea loc. În cele mai multe dintre cazuri, persoana care suferă un astfel de colaps, care nu se transformă mai apoi într-un progres, devine ceea ce eu numesc un *sine fisurat*. Ulterior, aceşti indivizi vor avea, pentru tot restul vieţii, o funcţionare semnificativ debilitată. Pot ajunge să fie diagnosticaţi drept schizoizi, schizo-afectivi sau depresivi cronic, dar, de fapt, ei au început să prezinte semnalmente de acest tip abia în urma prăbuşirii. Sunt de părere că există mulţi oameni care se caracterizează prin tabloul unei tulburări de personalitate cronice când, în fapt, şi-au petrecut luni în şir într-o stare de nevoie disperată. Aceea a fost perioada în care s-au manifestat problemele lor fundamentale, dar nu au avut parte de niciun tratament eficace. Din punctul meu de vedere, aceasta constituie o tragedie la scală extrem de mare, cu atât mai mult cu cât a trecut în general neobservată.

La sfârşitul anilor ’80, am mers cu un pas mai departe în extinderea psihanalizei. Pe baza gravităţii nevoilor unui pacient, i-am oferit şedinţe care se prelungeau pe toată durata zilei. Oricât de radicală ar putea părea această schimbare de metodă, la acel moment, decizia mi-a părut una naturală, în lumina severităţii prăbuşirii psihice iminente a pacientului.

Nu ştiam de la început câtă vreme vor continua întâlnirile noastre în acest ritm, dar s-a dovedit a fi pentru o perioadă de trei zile, de la nouă dimineaţa la şase după-amiaza.

Câţiva ani mai târziu, s-a ivit o situaţie similară, de data aceasta în privinţa unui pacient pe care îl vedeam în cadrul unei psihoterapii de o şedinţă pe săptămână. Din nou, i-am oferit şedinţe pe tot parcursul zilei şi, din nou,

ne-am văzut aşa timp de trei zile, şi s-a dovedit că la fel să se întâmple cu fiecare situaţie ulterioară. Întrucât acum lucrez patru zile pe săptămână, am reuşit, cu o unică excepţie, să îi primesc pe aceşti analizanzi vinerea, sâmbăta şi duminica, revenind la programul obişnuit de la începutul săptămânii următoare. În toate aceste situaţii, persoana a revenit apoi la zilele şi orele iniţiale ale şedinţelor.

A fost uimitor să descopăr că, în plus faţă de soluţionarea crizei acute a pacientului, şedinţele din cele trei zile păreau să scurteze în mod substanţial analiza ulterioară. Fiecare pacient care a trecut printr-o asemenea prăbuşire a continuat să lucreze cu mine pentru încă douăsprezece sau cincisprezece luni, dar nu mai mult decât atât. Aceste luni rămase au avut funcţia unor perioade de perlaborare, conducând către încheiere şi, din câte ştiu, niciuna dintre aceste persoane nu s-a mai adresat apoi unei alte analize sau psihoterapii.

Încă de la început, am avut convingerea că aceste prăbuşiri deţineau un potenţial generator. Ştiam din munca mea cu pacienţi schizofrenici şi maniaco-depresivi că internările avuseseră un efect devastator şi nu voiam să-mi pierd pacienţii în favoarea spitalelor şi a medicaţiei anesteziante. Ştiam că exact aceasta era perioada în care persoana avea cea mai mare nevoie de ajutor analitic.

Este important de precizat că lucrasem cu un număr de pacienţi non-psihotici, în analize de cinci şedinţe pe săptămână, care – realizez acum, retroactiv – se aflau în stadiile de început ale unei prăbuşiri psihice. Sfârşiturile de săptămână deveneau intolerabile; pe măsură ce se apropia ziua de vineri, analizândul intra în retragere şi rămânea încă traumatizat timp de o zi sau două, la începutul săptămânii următoare. (Îi denumisem pe aceştia „analizanzii de miercuri”, pentru că aceasta era ziua când îşi reveneau de pe urma pauzei.) Astfel de situaţii se derulau timp de luni întregi, înainte ca durerea să slăbească, iar pacientul să parcurgă o metamorfoză care-l

aducea într-o altă stare. În retrospectivă, am sentimentul că probabil am eşuat în ce-i priveşte, prin faptul că nu le-am oferit şedinţe extinse.

Odată cu trecerea timpului, experienţa acumulată îmi spunea că procesul psihanalitic era, în sine, atât de eficient, încât *ar trebui* să-i permitem să se modifice în cazul unei persoane aflate la marginea prăpastiei, fie prin şedinţe extinse, fie prin sporirea frecvenţei fie, ocazional, prin şedinţe pe toată durata zilei. Consideram că experienţa analitică însăşi funcţionează ca un al treilea obiect, care ar putea reprezenta motorul transformării.

Desigur, nimeni altul decât însuşi Freud a susţinut că unii analizanzi necesitau şedinţe extinse atunci când nevoile clinice ale acestora nu puteau fi îndeplinite în şedinţele lor obişnuite, iar în cadrul societăţii britanice există un lung şi complex istoric de conducere a unor oameni tulburaţi într-o analiză profund regresivă. Pentru Michael Balint, aceasta însemna atingerea ariei „defectului fundamental"; pentru D.W. Winnicott, obiectivul era de a ajunge la „miezul" sinelui, prin abandonarea apărărilor sinelui fals.

Mai mult decât oricare alt analist din Marea Britanie, Winnicott a experimentat metoda şedinţelor extinse, în cadrul cărora îşi încuraja analizanzii să regreseze, iar acest fapt era unul cât se poate de cunoscut la acea perioadă. El şi analizândul puteau chiar să stabilească, cu câteva luni mai devreme, când va putea să-i pună aceste şedinţe la dispoziţie, ceea ce îl ajuta pe pacient să amâne prăbuşirea. Voi indica mai târziu punctele în care nu sunt de acord cu utilizarea regresiei de către Winnicott, dar nu aş fi putut imagina o asemenea manieră de lucru precum cea pe care am ales-o în absenţa acestei tradiţii, care exista în societatea britanică de mai bine de 25 de ani.

În plus, fusese realizată o muncă de pionierat de către R.D. Laing, Cooper şi Esterson la Kingsley Hall şi, mai târziu, de către Joseph Berke şi alţii la Arbours. Atât Asociaţia din Philadelphia, cât şi cei de la Arbours au pus

la dispoziţie instituţii dedicate tratamentului unor persoane grav bolnave timp de peste 30 de ani şi continuă să o facă şi în ziua de azi.

Mandatul de a scrie această carte descinde din două surse. Prima dintre acestea este opinia mea că psihanaliza constituie forma cea mai potrivită de tratament pentru pacienţii care trec printr-o prăbuşire psihică. Deşi am fost învăţaţi mai degrabă că aceasta este eficientă în principal la pacienţii psihonevrotici sau care deţin un nivel înalt de funcţionare, de fapt mulţi psihanalişti lucrează cu analizanzi sever tulburaţi sau psihotici, iar experienţa le-a arătat că travaliul de interpretare care vizează nucleul suferinţei unei persoane poate avea un impact profund transformator. Într-adevăr, exact atunci când pacienţii îşi ating maximul de vulnerabilitate – şi în mod deosebit în cazul unei prăbuşiri psihice –, aceştia devin de obicei disponibili la a fi ajutaţi şi la dezvoltarea capacităţii de insight cu privire la propria persoană.

Al doilea motiv din spatele scrierii acestei cărţi s-a născut din reacţiile pe care le-am stârnit de-a lungul anilor prezentând această metodă de lucru unor grupuri de psihanalişti. În cazul prezentărilor formale de grup, răspunsul a fost aproape unanim unul de dezaprobare. Argumentele cel mai des întâlnite au fost că încalcă regulile de cadru, că este seductivă, gratificatoare pentru analizând sau că ar constitui o punere în scenă în cadrul transferului şi al contratransferului care eludează analiza.

Au fost exprimate motive de îngrijorare cu privire la calitatea profesională şi etică a psihanalizei extinse, precum şi sugestii referitoare la probabilitatea opoziţiei faţă de un astfel de tratament intensificat din partea profesiilor asociate (psihiatria, psihologia etc.). S-a adus şi argumentul că, din cauza neutilizării imediate a unei intervenţii psihotrope sau a spitalizării analizândului, suferinţa persoanei se va prelungi. În fapt, deşi este adevărat că cei cărora li s-a pus la dispoziţie o analiză extinsă suplimentară au trecut printr-o mare suferinţă la

acel moment, odată ce criza a trecut, suferinţa le-a fost extrem de mult diminuată.

Ştiam, atât din propria-mi practică, dar şi din ascultarea multor prezentări de caz, că analiştii care se limitau la modelul analizei de cinci şedinţe pe săptămână nu numai că prelungeau în mod necugetat suferinţa analizanzilor, ci contribuiau la închistarea prăbuşirii. În aceste cazuri, avea loc un colaps, dar în loc ca acesta să conducă înspre o reînnoire a sinelui, rămânea o oportunitate irosită. Analiza putea apoi să continue, adesea timp de mulţi ani, fără să se parcurgă nicio schimbare transformatoare şi, mult prea frecvent, destinul analizândului nu era decât a deveni un alt sine fisurat.

O reacţie foarte diferită, pe care nu o întâlneam de obicei în cadrele formale, ci părea una comună în cadrul discuţiilor în grupuri clinice restrânse, era: „Şi ce e nou în asta? N-o facem cu toţii?” într-adevăr, analiştii aduceau în discuţie travalii de o manieră aparent similară, în care le oferiseră pacienţilor şedinţe suplimentare.

Deşi, în mod evident, găseam acest răspuns ca fiind mai încurajator, rămâneam deseori cu senzaţia că un acord atât de rapid oferit tindea să împiedice examinarea mai detaliată a acestei chestiuni. Am menţionat deja că, în majoritatea cazurilor în care un analist le oferise şedinţe suplimentare celor care parcurgeau o prăbuşire, o făcea cu sentimente ambivalenţe, le punea la dispoziţie cu prea multă ezitare, prea târziu, iar suplimentările erau prea puţine. Cu toate acestea, faptul că mulţi psihanalişti şi psihoterapeuţi psihanalitici se simt obligaţi să ofere şedinţe extra în perioadele de criză implică o recunoaştere a faptului că intensificarea analizei constituie o conduită legitimă şi, într-un anumit sens, metoda pe care o descriu aici doar consolidează această idee ca fiind una ce ţine de o judecată sănătoasă.

Trecerea de la adăugarea câtorva şedinţe suplimentare la oferirea a doua şedinţe pe zi, şapte zile pe săptămână, şi, în mod special, lucrul cu un pacient pe

toată durata zilei, duce cu siguranţă lucrurile cu un pas mai departe. Aşadar, consider că teoria şi practica proprii necesită mult mai multe explicaţii, astfel că, încurajat fiind de colegi, am luat hotărârea de a pune pe hârtie şi de a publica prelegerile pe care le-am susţinut pe acest subiect, pentru ca descoperirile mele să ajungă în atenţia publicului şi să devină o temă de gândire.

Din când în când, voi face referire la diferenţele dintre tratamentele american şi britanic al persoanelor care parcurg o prăbuşire psihică, iar adevărul este că există o diferenţă enormă între aceste două culturi, din perspectiva spectrului creativităţii.

Clinicienii americani trebuie să se lupte cu mult mai multe intruziuni în practica lor decât cei britanici sau europeni, deşi cunosc personal un număr de psihanalişti americani care au avut îndrăzneala de a lucra cu pacienţii lor în ciuda stricteţii profesionale, normative şi legale.

În Europa, clinicienii sunt mai liberi să se bazeze pe propria judecată pornind de la consideraţii pur clinice, astfel fiind mai puţin determinaţi să-şi adapteze lucrul la responsabilităţile normative. În consecinţă, aceştia se află într-o poziţie mai bună de a însoţi pe cineva care trece printr-o prăbuşire psihică decât sunt colegii lor americani. Din nefericire, în Marea Britanie a zilelor noastre, canoanele „bazate pe dovezi” ameninţă să conducă la desfăşurarea psihanalizei „după manual”, dar, cel puţin până acum, analiştii europeni au fost relativ feriţi de intervenţia statului.

Din acest punct de vedere, cartea de faţă reprezintă o mărturie cu privire la trecut. Dacă poate fi relevantă şi pentru viitor depinde de succesul psihanalizei şi al terapiilor de a convinge statul să nu încerce să dicteze practicile terapeutice.

Chiar şi ţinând cont de mai marea deschidere a atitudinii europene faţă de tratamentul prăbuşirilor psihice, nu am scris până acum despre metoda mea de lucru prin extinderea psihanalizei. Aşa cum am spus

anterior, cu prima ocazie când am experimentat această abordare, am presupus că va constitui o experienţă singulară, improbabil de a mai surveni vreodată pe parcursul carierei mele. De abia cu timpul mi-am dat seama că în modul meu curent de a lucra a pătruns o dimensiune clinică diferită şi că ar trebui să îi acord atenţie. * *9*

La început, nu prea eram încrezător în analiza extinsă. Nu exista niciun precedent real pentru aceasta într-o asemenea formă şi aveam îndoieli dacă acest tip de lucru se va dovedi cu adevărat mutativ sau dacă reprezenta doar o formă de *cură transferenţială*.

De asemenea, nu voiam să devin cunoscut în Londra ca vreun soi de „analist care împinge la regresie”, care să fie recomandat de colegi unor pacienţi cu scopul precis al unui astfel de travaliu. Aşa cum voi arăta, cei care caută în mod *conştient* prăbuşirea psihică drept un eveniment dorit, sunt, din punctul meu de vedere, cel mai puţin predispuşi la a beneficia de pe urma acestui travaliu extins. În plus, nu voiam ca pacienţii mei să ştie că lucrez în această manieră întrucât, pentru unii dintre aceştia, ar fi părut prea special, prea ispititor. În aceste circumstanţe, nu încape îndoială că ar fi provocat confuzii transferenţiale şi ar fi interferat cu analizele lor.

Pentru o vreme îndelungată, nu am discutat această metodă cu niciunul dintre colegii mei. La început, nu vedeam nicio necesitate de a face acest lucru; părea să fie vorba de evenimente izolate, pe care le gestionam pur şi simplu adaptându-mă eu la ele. Mai târziu însă, pe măsură ce deveneam conştient de emergenţa unui mod de lucru diferit, am fost reticent în a prezenta ceea ce ştiam că ar fi tratat drept controversat. Sarcina clinică îmi părea captivantă şi provocatoare şi era percepută cumva ca foarte privată de echipa cu care colaboram. Medicilor, psihiatrilor, asistenţilor sociali şi altora le era clar că ne angajam într-o extensie a analizei, iar travaliul de reflecţie părea a fi cel mai bine să-l parcurgem între noi.

Având toate aceste rezerve în minte, numai spre sfârşitul anilor ’90 am simţit că acumulasem îndeajuns de multă experienţă în această arie încât să mă pot aventura în a prezenta metoda în faţa unui grup de colegi. Am vorbit pentru prima oară despre aceasta în cadrul Seminarului pentru Candidaţi la Psihanaliză de la Universitatea Columbia, condus de regretata Helen Myers. Reacţia a fost una de respectuoasă surprindere, o doză de şoc, dar şi de un real interes. Chiar şi aşa, au mai trecut încă zece *9 9 9 7*

ani până să o prezint din nou, în cadrul unei serii de prelegeri: la Atelierul de Psihanaliză din Chicago; la Conferinţa Anuală de la Arild, din Suedia; şi, în cele din urmă, în 2010, în cadrul Seriei de Prelegeri „Franz Alexander” de la New Center for Psychoanalysis, în Los Angeles.

Această carte constituie atât o prezentare a dimensiunilor clinice implicate în acest mod de lucru, cât şi o punere în discuţie a consideraţiilor teoretice. Trasează traiectoria adaptării mele la aceste realităţi clinice într-o asemenea manieră încât, sper, cititorul va înţelege logica dezvoltării tehnicii şi implicaţiile acesteia în privinţa practicii şi a studiului ulterior. Am încercat să indic unde am comis erori de judecată şi ce am învăţat de pe urma comiterii lor. Nu am de unde să ştiu câţi alţi analişti au urmat o cale similară, dar poate că această carte va servi ca un spaţiu de întâlnire pentru aceia care au abordat o analiză extinsă în momente de criză.

Le sunt recunoscător tuturor acelora care au adus comentarii pe marginea acestor prezentări şi care, în diverse maniere, mai făţişe sau mai subtile, m-au încurajat să perseverez cu scrierea acestei cărţi. Sunt pe deplin conştient că ceea ce conţine va ridica multe întrebări în mintea cititorului. Sacha Bollas a colaţionat întrebările primite mai frecvent de-a lungul anilor, acestea fiind prezentate în ultimul capitol, sub forma unui interviu.

Îi rămân în mod deosebit îndatorat regretatului Otto

Will Jr., care a deţinut timp de mulţi ani funcţia de director medical şi, în sine, de director emerit al Centrului Austen Riggs[3]. În perioada în care eu deţineam acolo funcţia de director în educaţie, la mijlocul anilor ’80, acesta făcea vizite de câteva săptămâni şi aflasem că cerea întotdeauna să fie anunţat atunci când unul dintre pacienţii săi psihotici suferea o prăbuşire psihică. În aceste ocazii, mergea la „Hanul” în care erau internaţi pacienţii şi petrecea multe ore cu cel aflat în suferinţă acută. Refuza să apeleze la medicaţie sau la transferul pacientului într-o secţie de supraveghere; treceau prin criză împreună. L-am întâlnit de câteva ori şi am discutat cu el metoda pe care o aplicam la Londra. A înţeles imediat complicaţiile clinice cu care mă confruntam şi mi-a oferit foarte multe încurajări. Cu toate acestea, m-a avertizat că nu ar trebui niciodată să mă aştept la înţelegere din partea colegilor mei, cu atât mai puţin la o aprobare a deviaţiilor de la cadrul clasic. Chiar dacă aşa va fi să fie şi indiferent de consecinţele publicării acestei cărţi, îi simt foarte recunoscător pentru ascultarea şi sprijinul pe care mi le-a oferit în explorările mele.

De asemenea, le datorez mulţumiri colegilor mei din domeniul psihanalizei: dr. Ame Jemstedt, pentru parcurgerea atentă a acestui text, şi lui Sarah Nettleton, pentru meticuloasa sa muncă de redactare. Nu în cele din urmă însă, doresc să subliniez faptul că perspectivele exprimate aici îmi aparţin întru totul.

CAPITOLUL 1

Şinele fisurat

---

3 Centrul Austen Riggs este un spital de psihiatrie, fondat în 1913, aflat în Stockbridge, Massachusetts, SUA. Christopher Bollas a deținut funcția de director în educație în perioada 1985-1988. Dr. Otto Allen Will a fost directorul medical al instituției din 1967 până la pensionarea sa din 1978, dara continuat să facă parte din Consiliul spitalului până la moartea sa, în 1993; a rămas cunoscut pentru o nouă perspectivă asupra înțelegerii pro- blemelor timpurii de atașament și a vulnerabilității psihotice, precum și pentru crearea de relații terapeutice de lungă durată, intensive, cu pacienții psihotici. (N.t.)

De-a lungul timpului, psihiatrii, psihanaliştii, psihologii, precum şi toţi aceia care lucrează în domeniul sănătăţii mentale au dezvoltat o clasificare care identifică indivizii în funcţie de tipurile de tulburare. Deşi există o presiune de a adopta utilizarea unui manual unic pentru toate profesiile – *DSM IV sau 5* psihanaliza se foloseşte de propriile diagnostice clasice: isteric, obsesional, schizoid, depresiv ş.a.m.d.

Presupunerea subiacentă este că o persoană poate fi fundamental definită conform unui tip specific de personalitate; că aceasta a fost aşa de la bun început, că destinul dezvoltării sale psihice a fost determinat de o combinaţie dintre structura psihică înnăscută şi acele axiome care s-au dezvoltat în timpul vieţii timpurii. Iar în multe cazuri, toate acestea sunt adevărate. Totuşi, analiştii descoperă adesea că, odată ce au ajuns să-şi cunoască mai bine pacientul, diagnosticul iniţial de tulburare isterică sau schizoidă pare să aibă o valoare limitată. Pe măsură ce analiza avansează şi dată fiind eficacitatea terapeutică intrinsecă a procesului analitic, o tulburare unică ia forma unui tablou psihodinamic complex. Wilhelm Reich a fost cel care a descris maniera în care tulburările de personalitate sunt asemenea unor puzzle-uri îngheţate care, fiind supuse analizei, se reanimează.

„Armura caracterială" construită de persoană se dizolvă sub efectul interpretării psihanalitice complexe.

Cu alte cuvinte, dacă o persoană şi-a format personalitatea treptat, pe parcursul unei lungi perioade de timp, atunci, în analiză, apărările şi poziţiile caracteriale ale acesteia pot fi analizate şi transformate. Nu este vorba de vreun miracol. Este vorba despre un travaliu îndelungat şi dificil, care poate avea ca rezultat varii forme de succes – şi de eşec.

Abia recent am realizat că îmi scăpase, în cadrul propriei munci, ceva destul de evident. Uneori, atunci când un pacient nou mi se prezintă ca, spre exemplu, schizoid sau depresiv, ceea ce observ de fapt este că pare că acelei

persoane i s-a întâmplat ceva; pare să fie un sine fisurat. Prin *sine fisurat*, nu mă refer la un diagnostic specific, nici nu sugerez o nouă categorie patologică. Intenţia din spatele acestui termen este de a fi aplicat unui spectru vast de oameni, incluzându-i pe aceia pe care i-am considera „normali”. Singurul numitor comun al acestora este că au suferit o prăbuşire psihică, adesea la începutul vieţii adulte, pe parcursul căreia nu li s-a oferit o îngrijire terapeutică adecvată. Indiferent de chinurile din copilăria lor ori de slăbiciunile inerente ale Eului lor sau ale structurii lor psihice, această prăbuşire psihică din viaţa adultă a fost cea care a lăsat o cicatrice distinctivă asupra fiinţei lor.

În timp, supervizând multe cazuri, în diferite locuri din lume, am descoperit în ce maniere se diferenţiau aceşti oameni de aceia caracterizaţi de tulburările de personalitate tradiţionale. Aceia care suferiseră anterior o prăbuşire psihică – şi care se poate să fi fost predispuşi la una, pe baza unor tipare schizoide, depresive, isterice sau obsesionale – prezintă o provocare mai mare pentru clinicieni decât restul pacienţilor.

De-a lungul vremii, mi-a părut că anumiţi pacienţi, care, în general, începuseră o terapie după vârsta de 30 sau 40 de ani, nu puteau răspunde la terapia analitică (şi nici la altceva), întrucât pur şi simplu renunţaseră la viaţă. Aceştia erau lipsiţi de acel soi de organizare mafiotă în cadrul sinelui, de tipul celei atât de abil descrise de Rosenfeld; nu trădau o astfel de funcţionare.[4] Terapeuţii descriau travalii de ani de zile cu astfel de persoane, care nu aveau nicio finalitate, alta decât ocazionale expresii de recunoştinţă. În majoritatea cazurilor, pacienţii funcţionau mult sub capacitatea lor, având perioade intermitente de şomaj sau ocupând poziţii aflate sub nivelul realizărilor academice. De obicei, analistul sau terapeutul prezenta persoana respectivă în supervizare pentru că, din punct de

4 Vezi Rosenfeld, Herbert (1987). Impasse and Interpretation. London: Routledge. (N.a.)

vedere contratransferenţial, ajungea în pragul disperării. Nu vedea întâmplându-se nimic constructiv şi punea la îndoială sensul continuării travaliului.

Treptat, am ajuns să constat că exista un tipar care se regăsea la toţi aceşti oameni: foarte mulţi dintre ei trecuseră anterior printr-o prăbuşire psihică non-psihotică.

Unele dintre acestea pot fi precipitate de traume externe. Prăbuşirea poate să aibă loc în anii de studii universitare şi să treacă neobservată în tumultul de circumstanţe agitate care însoţesc viaţa în acel mediu. Sau, în urma absolvirii, atunci când persoana s-ar aştepta să se angajeze, ea ar putea să se confrunte cu o serie de respingeri şi, în urma unui efort de a răzbate prin viaţă, să sufere un colaps. Sau poate că o relaţie care a durat de-a lungul anilor de studenţie se încheie brusc, lăsând persoana abandonată, cu un sentiment profund de gol interior şi incapabilă să-şi revină în urma pierderii. Ori, poate, un părinte, un frate sau un prieten apropiat moare, conducând la o suferinţă de doliu de netrecut.

Cu toate acestea, de cele mai multe ori, evenimentul precipitator este un fapt atât de subtil şi aparent inofensiv – respingerea unui card de credit, o amendă pentru parcare neregulamentară, un comentariu neplăcut făcut de un străin – încât numai prin analizarea elaborată a semnificaţiei *inconştiente* a evenimentului poate fi înţeles efectul toxic al acestuia.

Oricare ar fi cauza instalării crizei, cei dimprejur nu reuşesc să satisfacă în mod adecvat nevoile persoanei, pe durata prăbuşirii psihice. Dacă persoana se află în terapie, este posibil să nu îşi poată permite o creştere a numărului de şedinţe sau ca terapeutul anxios să îi recomande imediat un tratament medicamentos, managementul anxietăţii sau terapie de grup. Mult prea frecvent, acestea sunt urmate de o perioadă de spitalizare, odată ce criza pacientului se intensifică.

În acest punct, prăbuşirea se structuralizează. Personalitatea se reformează în jurul efectelor colapsului,

reorganizând şinele în aşa fel încât să funcţioneze şi să supravieţuiască în circumstanţe semnificativ reduse. Astfel, se constituie precursorul unei existenţe ulterioare sărăcite.

Această restructurare a vieţii psihice reflectă alterarea axiomelor conform cărora persoana şi-a trăit până acum viaţa. Odată cu o prăbuşire psihică de această intensitate, are loc o fărâmiţare a unuia dintre postulatele fundamentale inculcate de o copilărie îndeajuns de bună; acela că, atunci când vom avea nevoie, vom primi ajutor. Locul acestuia este luat de varii alte postulate:

Cel mai bine este să nu cauţi ajutorul nimănui.

Dacă sunt vulnerabil, trebuie să îmi elimin sentimentele.

Numai o poziţie de retragere poate conferi siguranţă.

Trebuie să dezinvestesc lumea obiectuală şi să abandonez relaţia cu realitatea.

Voi renunţa la ambiţii, planuri, speranţe şi dorinţe.

Trebuie să găsesc oameni care se află într-o situaţie similară şi să trăiesc într-o societate nouă, în care fiecare persoană este un sine fisurat.

O persoană al cărei sine a fost fisurat este, în mod caracteristic, indiferentă faţă de propria viaţă. Aceşti indivizi sunt pasivi şi resemnaţi faţă de situaţia lor. Prin faptul că au dezinvestit lumea obiectelor, am putea presupune că s-au supus pulsiunii de moarte, dar lor le lipseşte forţa necesară pentru ură, invidie, denigrare sau cinism, atât de des întâlnită la caracterele care trăiesc în iadul pulsiunii de moarte. Indiferenţa lor poate fi însoţită de planuri nerealiste – scrierea unui roman, o carieră antreprenorială –, dar nu este întreprinsă nicio acţiune înspre o realizare în domeniul visurilor. În schimb, aceste planuri funcţionează ca proiecţii ale sinelui fisurat: visuri fisurate care exemplifică imposibilitatea succesului.

Afectul persoanei fisurate este semnificativ redus. Se întâmplă rar ca aceşti indivizi să prezinte emoţii, iar evenimentele de viaţă nu sunt trăite cu furie, anxietate sau

euforie. În schimb, se menţin la o distanţă sigură de schimbările de dispoziţie; nimic nu merită efortul.

Aceştia se pot identifica uneori cu celebrităţi pe care le privesc ca trecând printr-o perioadă de criză din cauza unui eveniment transformator din vieţile lor. Un asemenea interes este semnificativ, întrucât se distinge limpede în cadrul unei mentalităţi necaracterizate de niciun alt interes faţă de politică, aspecte culturale sau ecologice, şi nici de diete, sport sau orice altceva legat de sănătatea proprie. Celebritatea decăzută pare să constituie o reflexie a propriei catastrofe personale.

Aceste persoane deţin însă un sine ideal ascuns. Unul care continuă să existe în cadrul visurilor nerealiste de succes, dar funcţionează şi ca un însoţitor imaginar defensiv, ca şi cum persoana încearcă să se agaţe în continuare de aspecte ale sinelui care existaseră înainte de prăbuşirea psihică. Winnicott ar putea sugera că şinele fals protejează rămăşiţele sinelui adevărat. Totuşi, eu cred că acest sine ascuns este o fantomă; un trist memento a ceea ce crezuse persoana că ar putea deveni. Psihoterapeuţii şi analiştii care lucrează cu cineva al cărui sine a fost fisurat se pot simţi iritaţi de această relaţie de obiect cu şinele ideal şi cu aşteptările grandioase, nerealiste ale acestuia. Impulsurile ocazionale înspre realizare – cumpărarea unei cărţi despre cum se scrie un roman sau căutările de idei de afaceri pe internet – nu sunt niciodată susţinute pe o perioadă lungă. Şi este important de menţionat că astfel de visuri nu sunt însoţite de entuziasm, ci simt prezentate ca şi cum ar putea fi realizate cu uşurinţă.

Atunci când terapeutul face o interpretare, există o serie de răspunsuri tipice. Frecvent, pacientul nu răspunde, rămâne în tăcere pentru o vreme, iar apoi continuă să vorbească, ca şi cum nimic nu s-ar fi spus. Dacă este confruntat, poate răspunde cu „nu ştiu" sau „poate", dând puţine dovezi de introspecţie. În schimb, continuă să vorbească despre cineva prea exigent de la serviciu sau despre planurile de vacanţă, pe care nu este

sigur unde s-o petreacă. Aceşti pacienţi transmit o durere psihică de nivel scăzut, o disperare depresivă silenţioasă, dar nu prezintă niciun interes faţă de posibila semnificaţie a acestora. Este vorba doar de evacuare.

Deşi pacientul rămâne detaşat de terapeut din multe puncte de vedere, el este loial „terapiei” sau „analizei”. Am ajuns să înţeleg acest fapt ca pe un semn al temerii că va suferi o nouă prăbuşire psihică şi, în consecinţă, este necesar să aibă o conexiune cu un terapeut, ca o poliţă de asigurare în cazul unei traume viitoare. Această categorie de pacienţi formează un tip de transfer neutru faţă de clinician, unul care exprimă restructurarea negativă a acestora, iar analiştii simt că nimic nu se mişcă şi că nu ajung nicăieri.

Aproape toţi clinicienii cu care am discutat despre aceşti indivizi susţin că este vorba despre o formă de ataşament faţă de un altul non-uman şi se folosesc de expresii de tipul „enclavă autistă”, „Asperger” sau „retragere psihică” Suspectez că diagnosticarea din ce în ce mai frecventă cu „Asperger uşor” poate include unele persoane care au dobândit aceste trăsături numai în urma unei prăbuşiri psihice, care a dat o nouă formă structurii lor mentale.

Un motiv comun pentru care rezultatul unei asemenea prăbuşiri este fisurarea sinelui este utilizarea intervenţiei psihotrope. Deşi medicaţia de acest tip poate ajuta la calmarea persoanei în situaţia imediată, ingestia unor astfel de substanţe neagă semnificaţia. Descoperirea motivului inconştient din spatele colapsului şi oportunitatea pentru înţelegerea, conştientizarea şi tolerarea acestuia în cadrul unei situaţii umane şi terapeutice îi sunt negate respectivei persoane. Se poate ca pacientul să revină la consulturi medicale pentru a i se prelungi reţeta, se poate să fie văzut de un psihiatru o dată la câteva săptămâni, dar tot ce rezultă din acestea este închistarea prăbuşirii structuralizate şi asigurarea, pe neştiute, a permanentizării acesteia.

Mulţi „pacienţi permanenţi" – persoane care caută în mod constant diferite forme de terapie – poartă cicatricele prăbuşirii pe durata întregii lor vieţi. Ei pot da impresia că sunt depresivi, că au dificultăţi relaţionale, probleme de motivaţie şi că prezintă un interes în general lipsit de intensitate faţă de utilizarea culturală a obiectului. Atunci când se adresează unui terapeut, sunt adesea însoţiţi de convingerea că este prea târziu să mai primească ajutor sau pot veni cu cereri nerealiste ca terapia să funcţioneze rapid, dezamăgirea ulterioară făcându-i să abandoneze tratamentul sau să se mute de la un terapeut la altul, caz în care cicatricele prăbuşirii psihice sunt proiectate asupra clinicienilor abandonaţi, cărora le provoacă o experienţă intensă de a fi părăsit de celălalt, lăsat să-şi continue viaţa, rămânând cu un sine rănit.

Când am realizat câţi oameni se includ în categoria unui sine fisurat, m-am întrebat dacă şi când se întâmplase acest lucru şi în propria mea practică. Mi-au apărut în minte câteva persoane.

Tim se adresase unei clinici în care lucram, în urma despărţirii de iubita sa. Era profund nefericit şi extrem de afectat, aflându-se de câteva săptămâni în concediu medical. Era însă un pacient foarte cooperant, care a avut încredere să-mi împărtăşească sentimentele şi criza existenţială prin care trecea şi aveam motive să credem că îşi va reveni din prăbuşire. Am avut prilejul să îi cresc numărul de şedinţe, ceea ce nu am făcut, şi, în plus, am părăsit clinica la aproximativ un an după ce ne începuserăm travaliul. Am aflat mai târziu de la colegi că el continuase să meargă la clinică timp de câteva luni după plecarea mea, după care nu mai revenise.

Şapte ani mai târziu, am primit un telefon din senin. Tim dorea să îmi facă o vizită. Nu voia să reia terapia; voia doar să ne întâlnim. Bărbatul cu care m-am văzut era o fiinţă umană prăbuşită. Deşi avea un loc de muncă şi avea o relaţie superficială cu o femeie, semnele de viaţă pe care le distinsesem la el în urmă cu câţiva ani dispăruseră cu

desăvârşire.

Îmi vine în minte şi Lila, o femeie trecută puţin de 30 de ani, care mi s-a adresat pentru o analiză de cinci şedinţe pe săptămână. Am lucrat cu ea timp de patru ani, înainte de a se muta într-o altă ţară. Mi-a rămas întipărită în amintire o perioadă de câteva luni din al doilea an de analiză. În general o femeie cu un discurs clar şi reflectiv, deodată devenise neobişnuit de agitată şi nu putea să dea o formă verbală experienţelor sale interne. Ştiam că trecea printr-o perioadă dificilă, dar m-am menţinut la ritmul nostru de cinci şedinţe pe săptămână. Am foarte puţine îndoieli acum că avea loc o prăbuşire psihică şi că, dacă i-aş fi oferit şedinţe suplimentare, ar fi putut fi ajutată, iar viaţa i s-ar fi schimbat. La acel moment, pur şi simplu nu mi-a trecut prin minte să fac acest lucru.

Însă pe la începutul anilor ’80, eram hotărât să îmi schimb metoda de lucru cu oamenii aflaţi în pragul unei prăbuşiri psihice. Nu am asociat în mod conştient acest fapt cu Tim, Lila sau alţi pacienţi anteriori, dar, inconştient, trebuie să fi realizat că eşuasem în privinţa lor şi că mai era nevoie şi de altceva.

CAPITOLUL 2

Semne ale prăbuşirii psihice

Travaliul psihanalitic se bazează în egală măsură pe maniera în care analistul îl *primeşte* pe analizând şi pe ceea ce îi spune acestuia.

Dacă analistul lucrează cu un pacient de un an sau mai mult, a început să internalizeze forma sa de personalitate. Ar fi greu să definim acest proces, dar gândiţi-vă cum, după ce am ascultat o bună vreme muzica unui anumit compozitor, începem să simţim în noi înşine forma personalităţii muzicale a acestuia. Inconştientul nostru primeşte, organizează şi recunoaşte *tipare*, iar aceste tipare constituie forma pe care ar putea-o lua orice conţinut, fie că este vorba de o idee muzicală, exprimată prin tiparul unei anumite armonii şi al unui limbaj melodic, fie de ideea unui poet, care ia o formă în ritmul sintaxei

caracteristice a acestuia, ce modelează secvenţa de imagini.

Psihanaliştii sunt formaţi în aşa fel încât să fie „impresionabili" – un termen pe care Freud l-a utilizat de multe ori pentru a descrie maniera în care analistul îl percepe pe analizând. Analiştii permit ca felul de a fi şi de a relaţiona al unei persoane să-i afecteze. Ei trebuie să fie pe cât de deschişi posibil la acest fapt şi, chiar dacă se poate să înceapă să observe tipare încă de la început, trebuie să-şi suspende impresiile timpurii, pentru a continua să fie deschişi la forma caracterială a persoanei.

Atunci când inconştientul analistului comunică cu inconştientul pacientului, transmiţându-i că este astfel deschis la comunicarea formei personalităţii sale, pacientul va deveni mai expresiv, adesea mai dificil şi cu siguranţă mai specific în ce priveşte eliberarea idiomurilor personale de a fi şi de a relaţiona, iar, în timp, psihanalistul va începe să simtă în el însuşi forma pacientului. Întocmai cum putem să evocăm senzaţia de Mozart în planul nostru conştient, chiar şi când nu-i ascultăm muzica, cunoaştem senzaţia multiplelor impresii create de impactul pacientului.

Cu toate acestea, tipul de receptivitate presupus aici nu este unul caracteristic nici psihanaliştilor care consideră că este obligatorie interpretarea constantă a transferului în aici-şi-acum şi nici celor care intră într-un dialog cu analizândul, oferind răspunsul personal al analistului la ceea ce s-a spus. Ambele abordări menţionate descriu un tip de analiză foarte diferit de cea bazată pe principiile neoclasice, motiv pentru care doresc să subliniez faptul că înţelegerea acestei cărţi şi, cu certitudine, plănuirea utilizării ideilor prezentate aici vor fi deosebit de problematice pentru clinicienii care lucrează în oricare dintre aceste două maniere.

Aceasta nu înseamnă că analiştii înscrişi în acele tradiţii *9 9 9*

nu deţin strategii de lucru cu pacienţii aflaţi în criză,

dar propria mea practică în cadrul tradiţiei freudiene este centrată pe premisa fundamentală conform căreia analistul trebuie să se menţină în tăcere şi retragere pentru lungi perioade de timp, pentru ca asociaţiilor libere şi mişcărilor personalităţii ale analizândului să li se ofere suficientă libertate de exprimare. Dacă psihanaliştii intervin în mod activ, atunci aceste asociaţii nu-şi vor stabili tiparele de semnificaţie, iar personalitatea pacientului va fi absorbită de construcţia transferului elaborată de analist, ca obiect de elecţie al atenţiei.

În contextul clasicismului neofreudian, psihanalistul se angajează într-o abilitate negativă; acesta îşi suspendă propriile vederi şi răspunsuri imediate, cu scopul facilitării stabilirii graduale a idiomului personal al analizândului. În cadrul acestui context interformal, dacă analizândul introduce în mod inconştient o nuanţă diferită faţă de idiomul său personal, aceasta va fi înregistrată de analist.[5] Iniţial, înregistrarea va fi una subliminală, dar pe măsură ce se repetă în timp, diferenţa se va impune ca reprezentând un tipar, iar acest fapt va crea o anume anxietate semnal a analistului, ca şi cum un mic fragment de Brahms ar apărea în mijlocul unei sonate de Mozart.

În continuare, să ne gândim la formele de prăbuşire psihică cu care se poate confrunta psihanalistul. Simplificând într-o oarecare măsură, există două tipuri fundamental diferite: unul în care analizândul prezintă semne de avertizare – indicii că se află aproape de un colaps; şi un altul, care este acut şi nu este precedat de vreun indiciu.

Să luăm primul tip. Să presupunem deocamdată că, încă de la început, pacientul a fost vulnerabil, iar analistul este pe deplin conştient că este posibilă o prăbuşire psihică. Procesul analitic în sine şi în mod deosebit invitaţia la evocare creată de experienţa transferenţială

5 Vezi Bollas, Christopher (2011). „Character and interformality", în Bollas, Christopher,
The Christopher Bollas Reader. London: Routledge, pp. 238-248. (N.a.)

vor provoca o slăbire a apărărilor obişnuite ale sinelui. Se poate să existe o perioadă de tranziţie, în care vechiul sine cedează progresiv prăbuşirii, iar aceasta ar putea dura zile sau săptămâni. Iniţial, persoana pare derutată, ca şi cum ar şti că se întâmplă ceva, dar nu poate identifica ce anume. Poate, de asemenea, exista o etapă disociativă temporară, în care persoana se situează oarecum în afara sinelui, într-o stare de derealizare, sau una în care îşi observă şinele de la o distanţă psihică. Are loc o intensificare a sentimentului de neajutorare, pe măsură ce sarcini simple – răspunsul la scrisori, alimentarea maşinii, spălatul rufelor – par din ce în ce mai imposibile.

Unul dintre cele mai comune semne timpurii ale prăbuşirii psihice este o încetinire a tiparelor discursive obişnuite. Majoritatea analizanzilor sunt uneori şovăitori sau tăcuţi ori dau impresia că se îndoiesc de ceea ce spun, dar ceea ce este caracteristic pentru o prăbuşire psihică este un alt tip de ezitare, în cazul căreia încetarea vorbirii poate fi un rezultat al intruziunii unei idei bizare sau al emergenţei unor sentimente intense, dar neclare, a unei slăbiri a Eului sau al primelor valuri ale unui *après-coup* (o acţiune întârziată). Nu pare să fie rezultatul unui conflict psihodinamic cauzat de o idee specifică despre care persoana nu vrea să vorbească sau al unei experienţe de intrare într-un teritoriu psihic înfricoşător ori al unor sentimente transferenţiale tulburătoare. Este vorba despre un tip de ezitare care îi pare impusă pacientului. Ceva nu mai este în regulă.

„Nu ştiu” sau „mă simt puţin ciudat” constituie răspunsuri tipice la interogarea psihanalitică, dar când vine vorba de un pacient aflat pe punctul de a ceda psihic, acestea sunt exprimate într-o manieră cu totul şi cu totul distinctă. În plus faţă de o modificare a inflexiunii vocale şi a dispoziţiei, este posibil ca analizândul să se şi mişte diferit. Pacienţii par să ezite în timp ce se îndreaptă către divan, se aşază şi traversează încăperea. Par preocupaţi, absenţi, ca şi cum nu s-ar mai afla întru totul în propriul

corp. Se poate să se împiedice sau să dărâme o măsuţă; se poate ca, în loc să stea jos în sala de aşteptare, să stea în picioare, părând rătăciţi.

Într-adevăr, un semn foarte comun al apropierii unei prăbuşiri psihice este un sine aflat în această stare „aeriană”, însoţită de o privire pierdută într-un punct fix şi de perioade de tăcere neobişnuit de lungi. Acestea apar mai ales în prăbuşirile adolescenţilor şi ar trebui luate cu extremă seriozitate, drept cele mai clare indicatoare ale unei decompensări iminente, în mod deosebit dacă urmează unei lovituri evidente primite de persoana în cauză în relaţia cu covârştnicii.

De cea mai mare importanţă însă este faptul că psihanalistul va recepta o modificare a idiomului pacientului. Forma pe care pacientul o are în inconştientul analistului suferă acum o schimbare, această percepţie fiind cea care îl va alerta pe analist cu privire la situaţia de risc în care se află analizândul, adesea înainte de a deveni observabile indiciile menţionate mai sus.

În astfel de momente, reacţia analistului este crucială. Observând că ceva este diferit, analiştii se vor simţi neliniştiţi şi anxioşi. Anxietatea semnal este importantă; aceasta ar trebui să îl împingă pe analist la a lua măsurile esenţiale pentru a ajunge la pacient înainte de instalarea unei prăbuşiri psihice severe. El se va adapta deja inconştient la noile tipare de a fi şi de a relaţiona ale pacientului. Chiar dacă acestea nu pot fi încă puse în cuvinte, analistul observă ceva nou, care va deveni în cele din urmă accesibil la a fi exprimat prin comentarii şi prin interpretări cu potenţial de a-i salva viaţa pacientului. Oricare ar fi semnele date de analizând, este vital ca analistul să îi pună la dispoziţie o acoperire psihanalitică suplimentară, înainte ca pacientul să devină neajutorat.

Al doilea tip de prăbuşire psihică are loc destul de brusc, fără a exista, aparent, o perioadă de tranziţie. Acest lucru se întâmplă cel mai frecvent în cazul pacienţilor înalt vulnerabili, dar cu apărări rigide.

În această situaţie, este fundamental ca analistul să descopere în detaliu ce s-a întâmplat în zilele premergătoare care ar fi putut precipita o catastrofă psihică. Întotdeauna va fi existat un astfel de eveniment, dar nu am întâlnit niciodată un pacient care să vrea să-l descrie. Aşadar, analistul trebuie să fie pregătit să audă de multe ori răspunsul „nimic".

Aici ajungem la prima digresiune semnificativă de la tehnica analitică obişnuită. Analistul, care rareori pune întrebări, trebuie acum să înceapă să investigheze. Acest fapt în sine aduce prezenţei analistului o natură terapeutică trăită de pacient ca diferită, chiar lipsită de precedent, şi foarte eficientă. Este ca şi cum negarea analizândului este întâmpinată, din partea analistului, de o intensitate terapeutică: acesta devine „detectivul" cu care Freud se compara adesea.

Punând în discuţie asociaţia liberă, Freud spunea că cel mai important material era cel care părea cel mai puţin relevant. Din propria-mi experienţă, cel mai bun plan de acţiune este să-l rugăm pe pacient să ne povestească exact ce a făcut în ultimele câteva zile. „Spuneţi-mi, pur şi simplu, ce aţi făcut în weekend". În cadrul descrierii trecutului recent, trebuie să existe un eveniment esenţial, deseori aparent inofensiv, care l-a tulburat pe pacient, iar acesta nu ştie de ce. Acesta are o valoare imensă, precum stră-visul Eului individual care, odată dezlegat, va crea o întreagă reţea de înţelegere interpretativă empatică, ce se va dovedi deosebit de importantă.

Belinda a venit la şedinţa ei într-o zi de luni. Era limpede că ceva era diferit la ea; părea să fie tulburată. Nu am reuşit să aflu de la ea în acea zi ce anume o făcuse să se simtă diferit, dar marţi mi-a spus că sâmbătă, când se dusese la un magazin pentru a cumpăra un mix de ingrediente pentru tortul ei favorit cu morcovi, nu îl găsise. Plănuise să facă acest tort pentru o prietenă foarte specială, vedea produsele pe raft cu ochii minţii şi, când şi-a dat seama că nu era acolo, nu i-a venit să creadă. A

căutat mixul pentru tort în tot magazinul, i-a rugat pe angajaţii de acolo să-l găsească şi nimeni nu putea să explice absenţa acestuia. Pe parcursul acestei experienţe, Belinda a simţit că se prăbuşește intern. S-a dus într-o staţie de autobuz apropiată de magazin şi a rămas acolo, într-o stare de năucire. Simţea că totul era pierdut. Avea şi alte lucruri de cumpărat şi drumuri de făcut, dar nu şi-a mai putut aduna energia să le facă.

Într-un asemenea moment, este vital ca psihanalistul să-i pună la dispoziţie analizândului foarte mult timp, în care acesta să-şi recupereze *gândurile* asociate evenimentului. Această strângere de informaţii este fundamentală pentru ceea ce va urma. Trebuie subliniat că, în acest stadiu, nu este nevoie de afect, ci de informaţii. Nu este productiv să întrebăm persoana cum se simte, iar acest demers va da naştere la abstracţiuni lipsite de substanţă.

Dacă acestea vă sunt dificil de imaginat, gândiţi-vă la copilul preadolescent. Vine acasă cu o expresie schimbată şi se duce direct la el în cameră, fără să spună nimic. Ceva este în neregulă. Mama îngrijorată ar putea fi tentată să se ducă degrabă la el în cameră, să dea buzna şi să întrebe ce s-a întâmplat. Dar o mamă conştientă îi va da copilului puţină vreme să-şi revină înainte de a-i bate la uşă. „Lasă-mă” înseamnă „nu încă”; „intră” este un început.

„Păi, ce s-a întâmplat?” ar putea fi o bună cale de abordare a problemei, dar răspunsul comun este „Nimic” Dacă mama aşteaptă, după o vreme, s-ar putea ca lacrimile să înceapă să-i şiroiască pe obraji şi să-şi afunde capul în pernă. Părintele îndeajuns de bun va lăsa încă un timp copilul în pace, pentru ca el să se adune înainte să-i poată spune ce s-a întâmplat. Cel mai adesea, acestea conduc la o discuţie lungă, iar copilul îşi va reveni, se va simţi vindecat şi va fi din nou pregătit pentru viaţă.

La fel, psihanalistul trebuie să aştepte până când analizândul se află în poziţia de a putea vorbi şi, dacă pare că acest lucru va lua mai mult timp decât a mai rămas din

şedinţă, atunci măsura adecvată este să i se acorde mai mult timp. Timpul reprezintă varianta esenţială atunci când e vorba de cât de bine poate fi ajutat un pacient aflat pe punctul de a se prăbuşi.

Belinda şi-a amintit că voise să facă tort cu morcovi pentru că prietena sa îi spusese că îi plăcea la nebunie şi nu mâncase unul bun de foarte mult timp. Pacienta mea ştia de o cutie perfectă de ingrediente, dar nu ştia să facă un tort cu morcovi de la zero, ceea ce îi trezise anxietatea. Îi va plăcea prietenei sale tortul sau va strâmba din nas, făcând-o pe ea să se simtă umilită?

Cina avusese loc duminică. Nu mersese bine din punct de vedere culinar. Mai mult decât atât, starea de tulburare a Belindei fusese observată, ceea ce îl făcuse pe soţul ei să o critice. „Care e *problema* ta?", o întrebase după plecarea musafirilor. Nu putuse da o explicaţie. Se băgase în pat epuizată, amorţită de evenimentele pe care nu le putea înţelege.

Inconştientul, având natura pe care o are, o condusese la magazinul greşit. Mixul de tort nu era acolo pentru că nu fusese niciodată acolo. Fusese vorba de un act ratat, o acţiune greşită care, după cum urma să descoperim mai târziu, reprezenta maniera ei de a protesta faţă de faptul că îşi propusese să încerce să-i ofere ceva preţios prietenei sale, care avea o mare tendinţă la critică. Pentru ea, torul de morcovi fusese o metaforă. Avea o nevoie disperată ca o persoană pe care o iubea autentic să vadă ceva demn de iubit la ea, dar prietena ei era foarte narcisică şi nu îi arătase niciodată afecţiune în mod direct.

Ceea ce distinge actul ratat al Belindei de un eveniment psihonevrotic obişnuit este nivelul de *durere psihică* stârnită de această întâmplare. Aceste semne de tulburare gravă sunt caracteristice pentru individul aflat aproape de o prăbuşire psihică. Este ca şi cum mintea este angoasată pentru că nu reuşește să-şi proceseze anxietăţile şi gândurile urgente, lăsându-l pe pacient

disfuncţional. La foarte mică distanţă dedesubtul durerii psihice se regăseşte o stare acută de pierdere şi suferinţă de doliu: realizarea de către persoană a faptului că îşi pierde capacitatea de a gândi este însoţită de convingerea că, în consecinţă, şi-a pierdut şinele.

Mai târziu, am descoperit la „carrot cake” („tort de morcovi”) o alcătuire fonemică plină de semnificaţie. „Carrot” („morcov”) conţine sunetele „care” („îngrijire”) şi „out” („afară”), deşi „out” aproape că nu se aude. Inconştient, Belinda se afla în căutarea unui obiect de care ştia că musafirei sale nu îi va păsa şi că, astfel, eforturile ei vor fi fost în zadar. Făcând torul de morcovi, crea un moment în care efortul ei de îngrijire va fi respins. (Mai târziu, a perceput cuvântul „garotte” („strangulare”) în „carrot” şi s-a gândit că era posibil să fi gătit un fel de mâncare care putea să o asfixieze pe prietena ei.)

Cel mai frecvent catalizator al unei prăbuşiri psihice este o ceartă cu un prieten sau o respingere bruscă din partea unui partener. Aceste fenomene comune pot evoca elemente psihologice latente, care împing persoana în vidul creat de respingere şi umplu spaţiul cu un afect până atunci înăbuşit, de obicei originând dintr-un eveniment mult mai profund şi mai tulburător din copilăria persoanei. Acest fapt are efectul imediat de a regresa pacientul, funcţionarea adultă de nivel mai înalt fiind uzurpată de poziţia psihică a sinelui la momentul evenimentului originar. Dacă pacientul nu poate vorbi şi devine absent, cel mai probabil trauma care se reactivează acum se trage din perioada preverbală a vieţii psihice. Nu poate fi pusă în cuvinte. O parte din ceea ce ştia despre el însuşi, dar nu a gândit niciodată, apare acum prin intermediul unei transformări înspăimântătoare în natura fiinţei sale.

În acest punct, şinele suferă de pe urma apariţiei unei amintiri îngheţate. Aceasta are un puternic impact asupra sa, are loc o regresie şi o pierdere a unei părţi a funcţionării, dar Eul se ţine încă laolaltă. Însă dacă un celălalt îndeajuns de bun (locţiitorul mamei) nu vine în

acest moment în ajutorul sinelui, prin furnizarea unui Eu auxiliar sau suplimentar, atunci este foarte posibilă pierderea funcţionării Eului. Aceasta aduce cu sine schimbări foarte tulburătoare: incapacitatea de a se concentra asupra sarcinilor profesionale sau de a se supune cerinţelor vieţii cotidiene; o neputinţă de a-şi reaminti evenimente recente, precum şi apariţia unor gânduri care par bizare şi străine. Ar putea exista chiar o incapacitate de a auzi ce spun ceilalţi sau de a aduna cuvintele pentru a forma nişte propoziţii coerente.

Acestea, precum şi alte manifestări ale dezintegrării Eului, creează anxietate primară. Şinele realizează că îşi pierde controlul asupra vieţii psihice, capacitatea de a îndeplini sarcini şi abilitatea de a relaţiona. Îşi pierde modul de a fi.

Înainte de a aduce în discuţie apărările împotriva anxietăţii primare, ar trebui să acordăm puţină atenţie diferenţierii acesteia de „anxietatea semnal".

Anxietatea semnal constituie o reacţie specifică şi, dat fiind acest fapt, este diferită de „anxietatea liber flotantă" care, într-o anumită măsură, se află întotdeauna prin apropiere, deconectată de la sursa sa originară. Dacă eşti îmbrăcat cu o cămaşă roşie şi trebuie să traversezi un câmp, pe care brusc descoperi că se află un taur de-al locului, vei fi cuprins de anxietate. Aceasta este o stare afectivă valoroasă, întrucât te alertează cu privire la faptul că te afli în pericol şi trebuie să acţionezi în consecinţă.

Anxietatea semnal este de obicei legată de o ameninţare specifică şi limitată la adresa propriei fiinţe, dar acea ameninţare nu trebuie neapărat să fie una externă. În stadiile timpurii ale unui distres psihic, dacă şinele intră într-o criză simptomatică neobişnuită, precum o incapacitate de a-şi aminti evenimente recente, o sărăcire a capacităţii de judecată sau un sentiment de disociere, Eul va porni o alarmă internă. Acest fapt alertează şinele că nu este în regulă ceva în cadrul vieţii sale psihice şi că este nevoie de ajutor. Dacă simt acest tip

de alarmă, majoritatea oamenilor vor apela la un prieten, căruia îi vor spune că se simt ciudat sau se vor adresa unui terapeut.

Anxietatea semnal este foarte comună în adolescenţă, perioadă în care o mare intensitate afectivă este simultană cu imaturitatea emoţională. Tinerii se pot simţi incapabili să apeleze la prieteni sau la familie, interpretându-şi anxietăţile drept prevestitori profetici ai unei prăbuşiri psihice. Dacă această presiune devine de nesuportat, un adolescent poate chiar să se sinucidă.

Anxietatea primară apare odată ce anxietatea semnal a eşuat în a-şi îndeplini funcţia. Aceasta nu constituie o avertizare, ci o formă de panică ivită ca răspuns la senzaţia de neajutorare stârnită de pierderea funcţionării Eului. Este atât de intensă şi de terifiantă încât porneşte mecanisme de apărare puternice, ca şi cum şinele s-ar angaja într-un ultim posibil efort de a împiedica intrarea în colaps.

Atunci când oamenii se prezintă la spital în această stare, clinicienii sunt de obicei martorii apărărilor construite împotriva anxietăţii primare. Cea mai comună dintre acestea este aparenta pierdere a afectului. De fapt, acesta nu s-a pierdut; a fost alungat, pentru a nu fi trăit. O altă apărare comună este vorbirea îngreunată sau caracterizată de un manierism retoric, ca şi cum persoana ar citi cu voce tare dintr-o carte de telefon. O alta este o falsă afabilitate, al cărei scop este de a descuraja interogările intruzive şi eforturile de a ajuta ale celorlalţi.

Toate aceste apărări reprezintă forme de retragere parţială.

Dacă aceste forme de nivel înalt nu funcţionează în a elimina anxietatea primară, atunci persoana va lua măsuri mai radicale, precum retragerea din faţa oricărui contact cu oamenii. Această măsură este pe deplin vizibilă în cazul depresiei clinice, dar este luată şi de cei aflaţi în astfel de crize, atunci când simt că se pierde funcţionarea Eului. O reacţie alternativă este agitaţia depresivă, atunci când

persoana pare a se afla aproape în extrema opusă a retragerii; anume, este în căutare de persoane cu care să vorbească şi este logoreică, discutând în mod constant despre problemele care au copleşit-o.

Acest tip de vorbire compulsivă poate fi interpretat de clinicieni drept un debut al tulburării obsesiv-compulsive, dar constituie de fapt o încercare a psihicului de a înlocui realitatea cu o alternativă psihică; să învingă lumea realităţii prin intermediul lumii gândirii. Indiferent dacă această prăbuşire psihică a fost cauzată de un eveniment intern sau extern, agitaţia este un rezultat al unui eşec structural al Eului de a face faţă impactului intra-psihic. Găsind alte persoane cu care să stea de vorbă, individul încearcă să evadeze din propria minte în a altuia, dar această tentativă de identificare proiectivă eşuează, întrucât sursa anxietăţii este endopsihică. Va avea loc o revenire inevitabilă la panica sinelui.

Dacă persoana continuă să fie agitată, există posibilitatea unor consecinţe deosebit de grave. Şinele apelând la o suprautilizare a vorbirii, persoana îşi evacuează conţinuturile psihice, plasându-le asupra multor indivizi care, ascultând şi încercând să-şi ofere ajutorul, au făcut o coluziune, în necunoştinţă de cauză, cu procesul prăbuşirii psihice. Suprautilizarea vorbirii are ca rezultat pierderea abilităţii sinelui de a primi informaţii din propriile asociaţii libere inconştiente, rostirea gândurilor conducând la descărcarea şi dispariţia lor din planul existenţei.

În plus, acest apel la proiectarea gândurilor în afara sa are ca rezultat o *democratizare psihotică*, în cadrul căreia se pierde ierarhia semnificaţiei. Anume, fiecare idee este la fel de semnificativă ca oricare alta. În absenţa unei astfel de ordini ierarhice, şinele este lipsit de o ghidare psihică; există o singură direcţie, iar aceea este circulară. Se instalează un cerc vicios psihotic, în care persoana se întoarce din nou şi din nou în acelaşi punct. Uneori aceşti indivizi pot avea senzaţia că au reuşit să dibuiască ceva,

dar nimic nu se fixează, şi nu este dobândită nicio înţelegere.

Dacă şinele continuă să se golească de conţinuturile sale psihice, procesul de gândire însuşi se deteriorează, iar şinele se va baza acum pe ceilalţi pentru a-i gândi gândurile. Până acum, aceşti alţii se poate să fi format un grup disparat de oameni care nu se cunosc între ei şi care pot, astfel, să nu deţină un proces de gândire colectiv, coordonat. În doar câteva zile, acestea pot conduce la o *deshidratare psihică*, aridizarea vieţii psihice. Şinele a rămas acum doar o voce. Gândurile emerg într-un ritm rapid, dar nesusţinute de viaţă, ci având în spate doar strigăte urgente, repetate, după ajutor.

Asemenea cerinţe intense ar putea părea că reflectă o dorinţă de interacţiune cu celălalt, dar, în fapt, această stare de agitaţie este o formă de retragere. Constituie un efort de a stabili o omnipotenţă a gândirii, care face ca gândurile şi cuvintele celorlalţi să fie eliminate fără drept de apel. În acest stadiu, individul poate recurge la gânduri suicidare sau se poate retrage într-o furie omnipotentă, dar mută, bazată pe presupunerea că, în ciuda tuturor eforturilor sale de a cere ajutor, nimeni nu s-a arătat capabil să i-l ofere.

În câteva dintre capitolele următoare, voi discuta în detaliu travaliul pe care l-am parcurs cu unii dintre aceşti pacienţi. Este necesar însă ca, înainte de acest lucru, să punem în discuţie principiile lucrului cu o persoană aflată în mijlocul unei prăbuşiri psihice. Cum se poate, oare, aduce în discuţie modificarea cadrului?

CAPITOLUL 3

Principiile

Principalul argument al acestei cărţi este că orice psihanalist sau psihoterapeut de orientare psihanalitică, care a dobândit deja o oarecare experienţă practică, ar trebui să aibă capacitatea de a îndeplini nevoile majorităţii celor care parcurg o prăbuşire psihică. Cu toate acestea, pregătirea unei persoane pentru un travaliu psihanalitic

desfăşurat în circumstanţe neîncadrate normei necesită o foarte mare atenţie acordată detaliilor acelei ieşiri din normă.

Am menţionat deja necesitatea de a avea la dispoziţie o echipă care să-i ofere sprijin analistului în cazul acestei sarcini clinice. Analistul îi oferă de fapt pacientului o „îngrijire spitalicească”, în mediul obişnuit al acestuia şi în absenta efectului traumatic al spitalizării, fiind vital ca, dacă este necesar, pacientului să i se ofere sprijin pentru a face faţă cerinţelor cotidiene ale vieţii, pe măsură ce acesta se afundă în prăbuşirea psihică.

Propunerea analistului cu privire la o extensie a dimensiunilor temporale ale analizei este însoţită de ramificaţii psihice extrem de importante. Analistul trebuie să explice în ce mod se va schimba cadrul de lucru şi de ce. Mai degrabă decât a încerca să explic acest procedeu în termeni abstracţi, voi cita în cele ce urmează o abordare tipică a acestei explicaţii furnizate pacientului:

Văd că treceţi printr-o situaţie dificilă şi că acesta este un moment important pentru dumneavoastră. Metoda mea de lucru, pe care o aplic tuturor pacienţilor mei atunci când apare o astfel de dificultate, este de a propune creşterea numărului de şedinţe, pentru a ne da mai mult timp să procesăm ceea ce se întâmplă. Aşa că, dacă sunteţi de acord, aş vrea ca, pentru moment, să veniţi în fiecare zi la ora dumneavoastră obişnuită, iar apoi să mai veniţi încă o dată la 17: 30. Pentru o mai mare susţinere în această perioadă, aş vrea să mergeţi la dr. Branch, un psihiatru cu care colaborez, în caz că descoperim că aţi avea nevoie de medicaţie sau de orice alt ajutor medical. Aş vrea să mergeţi la el astăzi sau mâine şi pot să vă fac eu programarea. Vă veţi vedea cu el o dată pe săptămână, cel puţin timp de câteva săptămâni. De asemenea, aş vrea să mergeţi la un consult la medicul dumneavoastră de familie.

Dacă pacientul are nevoie de implicarea mai multor membri dintr-o echipă din afara spitalului, atunci i-aş spune ceva de tipul:

Cred că aţi avea nevoie în acest moment de cât mai mult sprijin şi înţeleg că sora (fratele, vecinul, prietenul) dumneavoastră ştie despre dificultăţile cu care vă confruntaţi. Dacă vă este confortabil să o (îl) rugaţi să vină zilnic pe la dumneavoastră şi să vă ajute cu masa şi alte necesităţi, atunci vă rog s-o (să-l) sunaţi. Eu nu pot să am niciun contact cu ea (el) pentru că relaţia mea cu dumneavoastră trebuie să rămână confidenţială, dar aveţi toată libertatea să indicaţi că aceasta a fost recomandarea mea şi chiar vă rog să discutaţi despre asta cu psihiatrul dumneavoastră. Se poate ca el să vă roage să se întâlnească şi cu sora dumneavoastră, pentru a putea coordona îngrijirea de care aveţi nevoie. Din experienţă, vă pot spune că acest tip de ajutor în plus este de obicei necesar pentru cel mult câteva săptămâni.

Când lucram în Anglia, deseori adăugam:

În situaţii de acest tip, ne-ar face lucrul mai uşor dacă s-ar ocupa altcineva de transportul dumneavoastră la şedinţe şi înapoi. Voi aranja eu cu o firmă locală de taxi să vi se pună la dispoziţie un şofer care să vă aducă aici şi să vă ducă înapoi acasă. Îl cheamă Eduard. Are un tarif cât se poate de rezonabil, nu va fi indiscret şi nu vă va pune nicio întrebare.

Şi în cele din urmă, cum facem cu onorariul? Explicaţia pe care o dau este următoarea:

Deşi creştem numărul de şedinţe, veţi plăti doar aceeaşi sumă pe care o plătiţi de obicei de-a lungul unei săptămâni. Aceasta nu este o excepţie pe care o fac special pentru dumneavoastră, ţine de metoda mea de lucru obişnuită. Maniera în care îmi stabilesc tarifele ţine cont şi de astfel de eventualităţi.

Comunicarea acestor lucruri îndeplineşte câteva scopuri.

Modul în care analistul introduce aceste modificări de cadru pacientului este crucial. Indicarea faptului că aceste măsuri ţin pur şi simplu de practica standard şi că a existat, într-adevăr, întotdeauna o echipă de oameni

pregătiţi să intervină şi să-şi acorde ajutorul în cazul în care acestea ar fi necesare, are o imensă valoare de reasigurare într-un moment în care majoritatea analizanzilor sunt foarte aproape de panică.

Explicaţia are funcţia unei structuri narative care furnizează un mediu de susţinere temporar şi îl şi pregăteşte pe analizând pentru ceea ce va urma. Utilizarea repetată a anumitor expresii, precum „practică standard" şi „directive clinice", evidenţiază faptul că acesta nu este un gest personal de intervenţie, ci unul profesional. Subliniază faptul că această decizie este una cântărită, inteligentă, şi constituie cel mai bun plan de acţiune. Reprezintă, pur şi simplu, o reflexie a formării analistului. Acesta îi cere pacientului în mod implicit, uneori explicit, să se relaxeze şi să aibă încredere în procesul analitic.

Câştigarea încrederii pacientului în metoda de lucru şi în profesionalismul acesteia este extrem de importantă în acest punct, unul care constituie un moment crucial din viaţa pacientului. Dacă analistul reuşește să intensifice travaliul analitic şi să cree*9 9 9*

ze un mediu de susţinere care să întâmpine nevoile pacientului, pe măsură ce acesta are o prăbuşire psihică, atunci experienţa poate fi transformată într-un progres, care îl va reînnoi pentru tot restul vieţii. Dacă nu, ceea ce va urma poate fi un dezastru.

Mai mult decât orice, când vine vorba de gestionarea unei prăbuşiri psihice, ceea ce nu vrem să se întâmple este să ne aflăm cu un pas în urmă. Din experienţa mea de supervizare clinică a unor astfel de situaţii, de departe cea mai comună eroare constă în faptul că analistul nu reuşește să organizeze un mediu de susţinere înainte de instalarea colapsului. În loc să fi anticipat criza pentru a putea fi acolo pentru pacient atunci când aceasta debutează, el va încerca abia apoi, în zadar, să compenseze pentru startul pierdut, reacţionând la ceva care s-a întâmplat deja. De vreme ce pacientul nu a fost susţinut, panica sa va spori, iar evenimentul istoric originar (sau

structurile psihice organizate în copilăria timpurie) care se activează acum sunt întâmpinate prin acelaşi tip de eşec sau fisurarea Eului care a avut loc în copilăria timpurie. Trauma curentă devine acum o confirmare că situaţia originară – fie aceasta o internalizare a nebuniei parentale sau propriul răspuns deformat al sinelui faţă de lume – reprezintă de fapt adevărul. Odată ce are loc inculcarea acestei noi perspective, cred că ea este una ireversibilă.

Tragedia care a avut loc mai ales în Statele Unite de-a lungul ultimilor 40 de ani constă în faptul că unii clinicieni dedicaţi şi cu bune intenţii au fost împinşi de o frică de aspecte juridice înspre a practica o formă de psihoterapie defensivă. Aceştia apelează cu mult prea mare uşurinţă la psihofarmacologi şi eşuează în munca cu pacienţii lor din cauza propriilor anxietăţi, ezitări, precum şi a unei aparente lipse de încredere în procesul psihanalitic. Am cel mai mare respect pentru colegii mei americani, dar ingerinţele asupra dreptului acestora la libertate profesională sunt atât de severe încât, mult prea adesea, ei nu reuşesc să se lase ghidaţi de judecata lor clinică în cazul tratamentului unor oameni foarte perturbaţi. Aceia care insistă să o facă îşi asumă un risc de mare curaj.

Odată ce analistul i-a explicat cu grijă analizândului că este direcţionat de judecata sa clinică către a recomanda o modificare a planului de tratament, analizanzii vor avea deseori de obiectat.

Privesc o oarecare rezistenţă la acest tip de schimbare ca fiind un semn bun. Dorinţa de a susţine normalitatea face parte din instinctul de viaţă şi este important ca analistul să sprijine această dorinţă, în acelaşi timp asigurându-şi pacientul că scopul schimbării intensităţii nu este decât de a-l ajuta să treacă prin criza actuală.

În majoritatea cazurilor, toţi pacienţii a căror analiză a fost trecută la două şedinţe pe zi au reuşit să continue să meargă la serviciu şi au avut nevoie de un timp minim de

învoiri. În Marea Britanie, în contrast cu America, oamenii beneficiază de un regulament de muncă destul de flexibil, care, în general, le oferă angajaţilor libertatea de a lucra, temporar, doar câteva ore pe zi, fără ca acest lucru să conducă la o investigaţie intruzivă.

Din punct de vedere clinic, de obicei este preferabil ca persoana să continue să lucreze, chiar dacă munca este susţinută pentru o vreme numai de memoria procedurală de bază şi de puterea obişnuinţei. Le explic însă că, pentru moment, nu ar trebui să se ocupe de aspecte de contabilitate şi că am putea discuta ce sarcini survin în următoarele câteva săptămâni, precum şi modul în care anumite sarcini ar putea fi delegate pentru o vreme altora. Valoarea continuării activităţii profesionale nu constă numai în faptul că o parte importantă a vieţii pacientului nu este perturbată, ci şi în faptul că este susţinută funcţionarea Eului intrinsecă vieţii profesionale. Din perspectiva metodei pe care o practic, este important ca *analistul să sprijine în mod constant acele puncte forte ale Eului prezente în analizând*, întrucât acestea vor constitui o parte importantă a mediului psihic de susţinere şi a procesului de recuperare.

Pacienţii îşi vor face adesea griji cu privire la plată şi îmi doresc ca cititorului să îi fie clar faptul că nu este vorba de altruism din partea mea.

În acest stadiu, preocuparea mea, din motive clinice, este de a îndepărta orice stres suplimentar din vieţile acestor analizanzi. Aflaţi deja sub o foarte mare presiune, copleşiţi de frică, ultimul lucru de care ar avea nevoie ar fi o anxietate cu privire la adunarea de datorii, iar eu sunt la fel de dispus de a evita îngreunarea propriei mele minţi cu aşa ceva. Ca să pot gestiona sarcina care mi se arată înainte, nu îmi doresc povara şi distragerea aduse de sentimentul că trebuie să grăbesc lucrurile, în caz că pacientul nu va reuşi să se descurce cu achitarea analizei.

De departe cea mai simplă soluţie este de a elimina problema onorariului. Aşa cum am spus anterior, explic

limpede că aceasta este metoda mea standard, iar majoritatea analizanzilor (non-isterici) nu receptează acest fapt drept o încercare seductivă de a-i face să se simtă speciali; la acel moment, sunt prea traumatizaţi şi panicaţi de starea lor internă pentru a reacţiona astfel. Cu toate acestea, trebuie anticipată o oarecare vinovăţie retrospectivă, la momentul la care pacientul recuperat va contempla ce s-a petrecut în timpul acestor regresii. Din acest motiv, am fost întotdeauna cât se poate de clar – uneori apelând la ironie – cu privire la faptul că politica mea este de a nu taxa şedinţele suplimentare şi că nu voi face o excepţie în cazul de faţă.

Analizanzii sunt adesea îngrijoraţi în legătură cu modul în care le vor explica ce se întâmplă prietenilor şi familiei. Cu toate acestea, de vreme ce apropiaţii pacientului sunt deja foarte alarmaţi cu privire la starea lui, pot preciza faptul că, cel mai probabil, cei îngrijoraţi se vor simţi uşuraţi când vor afla că pacientul vine la şedinţe în plus, tocmai pentru a rezolva situaţia.

Odată ce am clarificat aceste chestiuni, introduc ideea unui acord între mine şi analizând. Îi cer să îşi exprime acordul faţă de modificarea programului şi să se angajeze la a continua în acest ritm de lucru până vom simţi amândoi că am izbândit. Apoi, mai trecem o ultimă dată în revistă propunerile mele şi, dacă au rămas îndoieli, le discutăm. În aproape toate cazurile, pacientul este de acord.

Se poate să mai rămână câteva încercări de a se eschiva: „Dar nu pot să merg la cină cu prietenii mei mâine?” sau „Tocmai a început un proiect nou la muncă şi chiar ar trebui să mă implic de la început”. Le răspund că nu, nu ar trebui să-şi propună să facă aceste lucruri în prezent. Gravitatea situaţiei lor necesită să o luăm în serios, iar acest lucru înseamnă să acorde prioritate absolută tratamentului. Aceasta este o etapă în care trebuie să caute o formă de refugiu, în cadrul căreia psihanaliza să se intensifice, iar naturii a ce se întâmplă să

i se dea oportunitatea de a fi exprimată.

Aşadar, înainte de începerea acestei perioade de lucru, ce se află în mintea celor doi participanţi?

Este posibil ca analistul să aibă nişte bănuieli cu privire la ce se va întâmpla atunci când analizândul se va cufunda cu toată forţa în prăbuşirea psihică, dar, din experienţă, consider că cel mai bine este să nu încercăm să anticipăm ceea ce urmează. O minte deschisă este una receptivă inconştient. Ceea ce se va pune în scenă în săptămânile care vor urma va constitui, cu siguranţă, o provocare, dar analistul va fi destinatarul unor informaţii preţioase, desprinse chiar din adâncul sufletului analizândului său, iar acum este momentul să fie profund concentrat, să asculte şi să integreze tot ceea ce i se spune.

Dar care este înţelegerea analizândului cu privire la ce urmează să aibă loc?

Asemenea vântului puternic şi a valurilor înalte care preced un uragan, deseori au existat îndeajuns de multe avertismente în privinţa faptului că se întâmplă ceva grav şi că este necesar să se ia măsuri de urgenţă. Pacientul va fi supus unui amestec de anxietate semnal şi anxietate primară, ceea ce îl va predispune la a forma o alianţă cu planul de acţiune al analistului, percepându-l drept conţinător. Aflarea faptului că există o procedură psihanalitică de întâmpinare a instalării intense a bolii psihice creează un profund sentiment de reasigurare.

Estimarea necesarului de timp clinic suplimentar pentru pacient reprezintă un aspect crucial al construirii mediului de susţinere. Subestimarea provocării ce va urma, prin punerea la dispoziţie în acest moment a unui număr insuficient de şedinţe, constituie un eşec fundamental, care îl pune pe analist în situaţia de risc de a nu ţine pasul cu prăbuşirea psihică. Dacă recomandă prea multe şedinţe, acest demers este mult mai puţin periculos, de vreme ce poate fi reglat fără a dăuna tratamentului. Bineînţeles, aceasta trebuie să fie o decizie judecată

individual, de la caz la caz, dar, în general, pentru persoanele care intră în colaps treptat, am recomandat şedinţe suplimentare pentru o perioadă extinsă de timp, iar pentru cei care suferă o prăbuşire psihică bruscă şi acută, tind să ofer şedinţe pe toată durata zilei.

Nu ştiu cum să descriu exact profunda semnificaţie a acestui angajament de la om la om. Pe deasupra detaliilor noului contract, analizândul înţelege că o fiinţă umană se angajează la a-i fi alături prin cele mai grele momente din perioada care va urma. Şi exact acest lucru îl simt. Sunt pregătit să îi rămân alături indiferent cât va dura (atâta vreme cât nu devine evident că ceea ce îi pun la dispoziţie nu este îndeajuns) şi simt sigur că acest fapt se reflectă din ceea ce îi comunic.

Trebuie să subliniez că toate acestea nu ţin de încrederea în propriile mele abilităţi; nu este vorba decât despre faptul că, de-a lungul zecilor de ani, am devenit din ce în ce mai impresionat de eficacitatea terapeutică a metodei psihanalitice, de a-i oferi unei persoane libertatea de a-şi acorda tot timpul necesar pentru a-i vorbi liber celuilalt, fără să se teamă de judecată. Onestitatea şi simplitatea acestui lucru au un sens profund. Fiinţele umane nu se descurcă bine în multe privinţe, dar unul dintre darurile noastre este genialitatea limbajului. Deşi multe dintre cele desfăşurate într-o psihanaliză sunt non-verbale, potenţialul lingvistic rămâne *el însuşi* un lucru pe care ne putem baza, o structură prezentă în inconştient, ce poate fi utilizată în orice mod necesar.

Aşadar, chiar şi pe măsură ce psihanalistul îşi afirmă standardele profesionale ale practicii proprii, factorul uman implicat în această extensie reprezintă deja o parte a vindecării. Acest aspect este deosebit de puternic dacă, aşa cum se întâmplă frecvent, persoana care suferă o prăbuşire psihică a fost lipsită de îngrijirea umană adecvată pe vremea când era bebeluş sau un copil foarte mic. Se poate să fi avut o mamă şi un tată care să fi făcut tot ce au putut, care şi-au îndeplinit obligaţiile parentale,

au urmat paşii cunoscuţi, au avut cu adevărat intenţii bune, dar care, până la urmă, din cine ştie ce motive, pur şi simplu nu au reuşit să-şi implice umanitatea în calitatea de a fi un părinte bun. Ceva din potenţialul lor empatic nu s-a putut activa. Poate plânsetele bebeluşului sau nevoile copilului le-au stârnit nevoia de a evada în nişte părţi izolate, defensive, ale personalităţii lor sau poate că erau atât de distraşi de carierele lor încât copilul a fost întotdeauna pe locul doi.

Dar acest tip de istoric nu este întotdeauna prezent la aceşti pacienţi. Copilăria constituie în mod esenţial o experienţă insondabilă, una care nu poate fi comunicată. Chiar şi cel mai sensibil părinte nu poate fi martorul luptelor interne ale copilului şi, uneori, acesta poate parcurge o criză structurală profundă, care pur şi simplu se află în afara percepţiei parentale. Cu alte cuvinte, mintea este un fenomen extrem de imprevizibil, iar mintea copilului este îndeosebi vulnerabilă la vicisitudinile vieţii. Astfel că, fie că nevoile copilului nu au fost satisfăcute de părinţi, fie că acesta a suferit pur şi simplu de pe urma copilăriei, mulţi intră în viaţa adultă însoţiţi de traume timpurii.

Eşecul endemic al copilăriei înseşi a fost uzurpat în cadrul imaginaţiei publice şi clinice de poveşti de groază cu ritualuri satanice, molestare sexuală sau abuz emoţional. Delictele comise asupra copiilor sunt îndeajuns de frecvente încât să fi stârnit alarmarea publică şi fără îndoială că victimele acestora merită atenţia noastră clinică, dar cei care au suferit în aceste moduri directe şi violente prezintă un tablou diferit psihanalistului decât cei descrişi în acest text.

Aici ne confruntăm cu o situaţie relativ comună, una care a fost neglijată şi care ar trebui să ne provoace preocuparea, chiar dacă este lipsită de caracterul de urgenţă al celui care a fost molestat sau al celui psihotic. Aceasta pentru că atunci când oamenii cu o funcţionare normală, care ar putea fi diagnosticaţi ca schizoizi,

obsesionali sau depresivi, încetează a mai funcţiona şi se predau unei prăbuşiri psihice, acest fapt le poate distruge potenţialul personalităţii, calitatea vieţii şi a relaţiilor, putând şi să le afecteze lumea internă pentru tot restul vieţii.

Multe persoane potenţial vulnerabile evită prăbuşirea psihică asigurându-şi inconştient relaţii vindecătoare sau lăsându-se absorbite de vieţile profesionale. Un partener bun poate uneori să vindece traumele din copilărie rămase în adult. Absorbirea în muncă poate fi atât de hrănitoare intern, încât să poată preveni de una singură un colaps care, altfel, ar fi avut loc. În timpul vieţii adulte, dacă persoana are noroc, pot exista multe momente izolate care să fie atât de creative inconştient, încât să servească drept generatoare psihice, vindecând şinele dinăuntru; o parte din cunoscutul negândit al vieţii de zi cu zi.[6]

Aşadar, această lucrare se referă la acei oameni care nu au găsit remedii transformatoare pentru traumele din copilărie şi cărora le este sortit ca, la un moment dat în viaţă, să aibă o prăbuşire psihică.

CAPITOLUL 4

Emily

Emily avea în jur de 35 de ani şi lucra în cadrul unei asociaţii care se ocupa de locuinţe sociale, aflată la aproximativ 15 kilometri de cabinetul meu. Mi-a spus că venise la analiză pentru că, deşi colegii ei o considerau o persoană foarte competentă şi săritoare, ea credea că părerea lor se datora numai unui efort imens din partea ei, care nu-i lăsa să vadă cât de înspăimântată se simţea şi câtă nevoie de atenţie şi încurajare avea. Mi-a mai spus că se afla într-o relaţie de lungă durată cu un bărbat şi că prezenţa lui îi fusese foarte de ajutor, dar că, de câţiva ani, acesta devenise agitat, ceea ce dusese la creşterea anxietăţilor lui Emily. Era palidă, îi era foarte greu să

6 Vezi Bollas, Christopher (1992). „Psychic genera", în Bollas, Christopher, Being a Character. London: Routledge, pp. 103-145. (N.a.)

vorbească şi părea la capătul puterilor.

Medicul său de familie îi recomandase o analiză de cinci şedinţe pe săptămână. Pe parcursul primului an şi jumătate, mi-a spus o poveste marcată de multe separări de părinţii ei în copilărie, de fricile pe care i le stârneau alţi copii şi de proastele rezultate şcolare. Era timidă, abia dacă se uita la mine când o salutam în sala de aşteptare şi se îndrepta spre divan ca într-o mişcare de somnambulism. Vorbea foarte încet, apăreau lungi tăceri, uneori părea să aibă dificultăţi de înghiţire şi adesea se abţinea să nu plângă, ştergându-şi ochii cu mâna.

În plus faţă de a realiza, de la o zi la alta, care erau momentele când se simţea anxioasă sau vulnerabilă, unde se afla când se simţea aşa şi de ce, i-am observat şi punctele forte. Alături de un trecut şi un prezent alcătuite dintr-o mare durere şi vulnerabilitate personală, i-am descoperit împreună şi capacităţile: modurile prin care dădea dovada existenţei de abilităţi şi de potenţial de a găsi soluţii şi planuri de acţiune în viaţa sa.

Fără a fi ostilă, era precautǎ faţă de mine. Era ca şi cum nu ar fi putut nicidecum să depindă de mine şi realizase că trebuia să se menţină la distanţă. Am discutat despre acest lucru şi despre toate nuanţele sale, asociind modul ei de a fi şi de a relaţiona cu fantasmele care îi generau mentalitatea şi cu evenimentele din trecut care îi influenţau şi ele comportamentul.

Apoi, într-o zi de luni, Emily m-a anunţat că iubitul o părăsise. Vorbise de posibilitatea de a pleca încă de câteva luni, spunând că ar putea avea o viaţă mai bună decât cea pe care o împărţea cu ea şi, duminică, Emily se întorsese dintr-o plimbare prin parc şi găsise casa goală şi un bilet în care iubitul îi scrisese că o s-o contacteze în câteva săptămâni. Se prăbuşise într-un scaun şi rămăsese acolo ore întregi. Când am văzut-o eu, ziua următoare, mergea ca un zombi. Era albă ca varul, îi era extrem de dificil să vorbească şi, cât a stat pe divan, s-au derulat lungi momente de tăcere. Lacrimile îi curgeau fără încetare.

Deşi plecarea iubitului nu era neaşteptată, am simţit că i-ar fi greu să supravieţuiască acestui şoc.

După şedinţa ei, cerându-i anterior permisiunea, i-am telefonat medicului său de familie, pentru a-i spune că eram îngrijorat de starea ei şi am stabilit să ţinem legătura.

Marţi, a venit la şedinţă în aproximativ aceeaşi stare, dar părând mai răvăşită. Mi-a spus: „A, apropo, tocmai am derapat şi-am ieşit cu maşina de pe şosea. Oricum, era o rablă”. Deşi o tulburase acest incident, reuşise să ajungă la serviciu, dar îi era greu să-şi îndeplinească obligaţiile fără maşină.

Miercuri, nu spunea nimic şi arăta neîngrijită, de parcă nu s-ar fi spălat. Am întrebat-o dacă se îngrijea. Mi-a răspuns că „nu”, iar apoi a rămas în tăcere. I-am spus că prăbuşirea ei avea cât se poate de mult sens pentru mine, că într-adevăr credeam că plecarea iubitului ei era profund tulburătoare, dar că sentimentele legate de aceasta încă nu se iviseră; era într-o stare de şoc. I-am spus că accidentul de maşină, starea sa absentă în şedinţă şi faptul că nu-mi părea a fi mâncat sau a se fi îngrijit indicau faptul că avea nevoie de nişte ajutor suplimentar.

M-a întrebat la ce mă gândeam şi i-am spus că metoda mea standard, atunci când cineva trecea printr-o perioadă atât de grea, era de a oferi sprijin suplimentar şi că aş dori să menţin un contact permanent cu medicul ei. Iniţial, a insistat că se simţea bine, dar după câteva minute, a izbucnit într-un plâns incontrolabil şi mi-a spus că era în regulă să-i contactez doctorul. La sfârşitul şedinţei, îi era greu să se ridice de pe divan şi să plece.

I-am telefonat medicului său, am discutat despre situaţia ei şi a fost de acord s-o primească în consultaţie după-amiaza următoare.

Joi, i-am spus ce stabiliserăm. Nu mi-a răspuns, dar înainte să plece, am verificat din nou dacă înţelesese ce-i spusesem despre programare şi mi-a spus că va merge. I-am mai spus şi că aş vrea să ne vedem în weekend, lucru

cu care a fost de acord, după care am continuat prin a-i spune că, întrucât părea să se simtă dezorientată, credeam că era nevoie să vină şi să plece de la şedinţe cu un taxi. Am informat-o că aveam la dispoziţie un şofer la care puteam apela în acest scop şi că voi aranja cu el s-o ia de la serviciu, să aştepte în faţa cabinetului, iar apoi s-o conducă acasă. De vreme ce nu mai avea maşină, iar folosirea transportului în comun îi era foarte dificilă acum, i s-a părut că aceasta ar ajuta-o. Dată fiind starea ei psihică, am stabilit că cel mai bine ar fi să telefoneze la birou şi să anunţe că nu va veni ziua următoare la serviciu.

Până luni, Emily intrase în colaps. Fusese la medicul de familie, iar acesta era de părere că ar trebui probabil să se interneze, dar ne-am pus de acord să mai aşteptăm câteva zile şi să vedem cum continuă să meargă lucrurile. Cu permisiunea ei, am aranjat să fie vizitată de un asistent social seara devreme, ca să verifice cum se simţea şi a părut uşurată de acest plan. Când a plecat de la şedinţă, Edward a condus-o la serviciu. Sentimentul de a fi la serviciu i-a părut unul de „reasigurare". Mi-a spus că reuşise să amâne orice sarcini dificile şi că, de asemenea, colegii ei se arătaseră suportivi şi discreţi.

Acum avea „viziuni" care păreau a fi străfulgerări eidetice din copilărie. Nu erau creaţii isterice; nu exista un beneficiu secundar şi nici vreo plăcere derivată de pe urma acestor vedenii. Erau imagini vii: mama ei, în bucătărie, purtând un şorţ; cum stătea lângă picioarele mamei sale, în timp ce aceasta pregătea ceva de mâncare; cum privea maşina familiei îndepărtându-se pe drum şi dispărând. Ultima imagine era legată de o perioadă de trei ani, în care fusese îngrijită de mătuşa ei şi de-a lungul căreia îşi văzuse părinţii doar o dată la câteva luni.

Dintr-o perspectivă psihanalitică, materialul care ieşea la suprafaţă era esenţial. Am ascultat-o cu mare atenţie şi, când am avut senzaţia că înţeleg maniera în care aceste viziuni ne transmit ceva despre trecutul ei, i-am oferit interpretări. Cu toate acestea, în fiecare zi, când

o preluam din sala de aşteptare, Emily părea chiar mai îngheţată decât înainte, dar şi impregnată cu un soi de furie. I-am spus acest lucru într-o şedinţă şi, în zilele care au urmat, a devenit foarte furioasă pe mine, dar nu reuşea să-şi explice de ce. I-am spus că nu era nevoie să ştie sau să încerce s-o spună – o vedeam şi o simţeam şi eu –, dar îmi părea că devenisem mama/tatăl care o abandonase şi tot ceea ce simţea faţă de ei apărea acum în cabinet. I-am spus că, pe cât era de dureros, eram de părere că acest lucru era fundamental pentru ca ea să intre în contact cu durerea şi cu apărările pe care le folosise toată viaţa pentru a se menţine pe linia de plutire.

Asistentul social m-a informat că nu era nimic de mâncare la ea acasă, că Emily nu se mai spălase şi că în casă era un haos, plin de facturi nedeschise, inclusiv o înştiinţare de plată a impozitelor, împrăştiate peste tot. El şi colegii săi i-au adus mâncare, i-au spălat hainele şi au ajutat-o să-şi pună casa şi hârtiile în ordine.

Ne-am întâlnit timp de trei săptămâni, şapte zile pe săptămână, pentru şedinţe de 90 de minute. Apoi, următoarele două luni, am revenit la cinci şedinţe pe săptămână, dar am rămas la şedinţe de o oră şi jumătate. În trei luni, Emily şi-a revenit din prăbuşirea psihică.

Pe parcursul acelor săptămâni, cu excepţia a doar câteva zile, a continuat să meargă la serviciu. Viziunile apărute anterior, care o întruchipau pe mama sa în timpul copilăriei timpurii, au eliberat afectul legat până atunci, iar ea a supravieţuit durerii psihice a acestei retrăiri. Mişcările sale corporale s-au modificat: dacă înainte avusese întotdeauna un mers rigid, acum părea să-şi simtă mai bine corpul şi se mişca mai liber, ca şi cum ar fi comunicat o dimensiune mai umană.

Totuşi, pentru următorii doi ani, Emily a suferit încă de pe urma unei dureri psihice considerabile, iar realizarea pierderilor sale timpurii a continuat să apară şedinţă de şedinţă. Avusese întotdeauna o înţelegere intelectuală a privărilor ei din copilărie şi ştiuse că

sentimentul său de irealitate ca adult fusese cau

* >

zat de faptul că se ţinuse departe de viaţă, pentru că nu avea încredere în aceasta. Dar acum ştia în mod direct, prin intermediul experienţei emoţionale, de ce trăise aşa cum o făcuse pentru atâta vreme.

Un aspect crucial al procesului de transformare pentru aceia care parcurg o prăbuşire psihică este alianţa cu părţile sănătoase ale sinelui persoanei, întrucât acestea vor deveni fundaţiile pe care se va construi noul sine. În cazul lui Emily, această alianţă a fost utilizată în mod efectiv. Cunoaşterea de către amândoi a resurselor Eului său – partea din ea care o ajuta să meargă la serviciu –, i-a oferit acum posibilitatea de a le utiliza pentru a merge înainte în viaţă, odată ce dobândise o nouă prezenţă emoţională.

Într-un anumit sens, prăbuşirea psihică şi recuperarea oglindesc procesul normal de creştere şi dezvoltare. Ne începem viaţa într-o stare infantilă şi avem părinţi de care depindem şi care ne îngrijesc, dar încă de la început, avem şi un sine nucleu, care se află în dezvoltare. Ambele forme de resurse – cele externe, de la părinţi, şi cele interne, de la Eul în creştere – sunt esenţiale pentru dezvoltarea sinelui.

Deşi constituisem o echipă care să se ocupe de prăbuşirea lui Emily şi simţeam că suntem pregătiţi, am realizat ulterior că fusesem prea prudent. Atunci când asistentul social m-a informat de starea condiţiilor ei de trai, era limpede că se afla într-o situaţie foarte gravă şi că ar fi trebuit să se facă un contact cu ea mai devreme. Am lăsat-o să sufere prea multă vreme înainte de a acţiona şi, în mod ironic, parţial din cauza anxietăţii mele cu privire la a-mi lua angajamentul faţă de ceea ce mă temeam că ar constitui o transgresiune analitică, fapt care m-a împiedicat să acţionez mai din timp.

Fără îndoială, eram anxios şi cu privire la sarcina care mi se arăta dinainte. În cazul în care contratransferul

este prea marcat de agitaţie, analistul nu va fi capabil să gestioneze cerinţele clinice care se prezintă. Mai mult decât orice, analiştii trebuie să se menţină în acea poziţie meditativă, atât de remarcabil descrisă de Freud. Aceştia vor trebui să îşi găsească o cale de a accesa „atenţia liber flotantă”, pentru a putea primi asociaţiile libere şi prezentările caracteriale ale analizândului.

Noul cadru este stabilit şi organizat pentru ca, în primul rând, să-l protejeze pe analist, astfel încât acesta să fie îndeajuns de bine aşezat în propria minte pentru a putea să gândească şi să le fie de ajutor pacienţilor săi. Când lucram cu Emily, abia dacă îl cunoşteam pe medicul ei, îl întâlnisem pe Edward o singură dată şi nu eram încă suficient de familiarizat cu echipa de asistenţă socială încât să ştiu sigur că sistemul de suport va funcţiona. Nu aveam încă un mediu de susţinere îndeajuns de sigur.

Am realizat că lentoarea reacţiei mele faţă de deteriorarea lui Emily a echivalat cu o prelungire a suferinţei sale. Ceea ce ar fi putut să dureze numai două săptămâni, dacă aş fi fost pregătit, a durat câteva luni. Durerea psihică pe care a îndurat-o a fost cauzată, în parte, de eşecul meu în a-i asigura la timp un mediu susţinător, astfel recreând aspecte ale copilăriei sale timpurii.

Din acel punct înainte, am fost hotărât, ca în cazul în care m-aş confrunta cu o situaţie similară, să mă mişc mult mai repede în a iniţia o analiză intensivă şi în a stabili un sistem de îngrijire eficient.

CAPITOLUL 5

Anna

Timp de câţiva ani, Anna, care avea în jur de 45 de ani, venise la mine pentru psihoterapie. O femeie energică, veselă, extrem de inteligentă, manager al unei companii de IT de top din Londra. Locuia singură, dar avea mulţi prieteni şi iubiţi. Deşi nu se opunea din punct de vedere ideologic căsătoriei sau monogamiei, nu era dornică de a se implica într-o relaţie de lungă durată.

Într-o joi, când s-a prezentat pentru şedinţa sa de la ora 15: 00, abia dacă mi-a venit să cred ce-aveam în faţa ochilor. În mod normal frumos aranjată, roşie în obraji şi cu un chip expresiv, arăta neîngrijită, era pământie şi lipsită de expresie. S-a aşezat pe fotoliu, a zâmbit stins şi, ca de obicei, a început cu un comentariu introductiv:

— Păi, să vedem… despre ce-aş putea să vorbesc astăzi?

— Ce e în neregulă?

— La ce te referi?

— Arăţi îngrozitor.

— Da?

— Nu realizezi asta?

— Nu. De fapt, nu mă simt tocmai excelent…

— Nu te-am văzut niciodată părând atât de dărâmată.

— A… Păi… (A rămas în tăcere.)

— Da?

— S-a întâmplat ceva. N-ar trebui să mă deranjeze atât de mult. Nu mi-am dat seama că se vede, aşa că mă miră că te-ai prins, dar nu e ceva important.

Pe măsură ce Arma vorbea, gura i s-a uscat, aşa că i-am adus un pahar cu apă şi l-am pus lângă ea, pe o măsuţă. L-a băut pe nerăsuflate, a încercat să vorbească, iar apoi a îngheţat complet. Următoarele zece minute, m-a privit fix, în tăcere. Tot încerca să vorbească, acoperindu-şi gura cu mâna, uitându-se la tavan şi împingându-şi mâinile una într-alta, ca şi cum ar fi încercat să se forţeze să vorbească. I-am spus că e ok, să-şi acorde cât timp este nevoie. Am ieşit din încăpere, i-am reumplut paharul cu apă şi am pus un bilet pe exteriorul uşii, pe care am scris că, din motive neprevăzute, nu voi putea ţine şedinţele din ziua respectivă. Ştiam că Arma a intrat într-o prăbuşire psihică.

După aproximativ jumătate de oră, a încercat din nou să vorbească, dar nu era coerentă, ceea ce îi crescuse în mod clar nivelul de anxietate. I-am spus că este în regulă, că orice s-ar fi întâmplat care o tulburase, va avea destul

timp la dispoziţie să-mi povestească şi că ar trebui doar să se odihnească până când ajunge să poată face acest lucru. A încuviinţat din cap, lacrimile au început să se scurgă, m-a privit fix, apoi tavanul, apoi în jur prin încăpere, fixându-şi privirea pe diferite obiecte, apoi a-nceput din nou să plângă, a tăcut din nou, m-a privit din nou.

După aproximativ 40 de minute, a spus în şoaptă: „Christopher, trebuie să plec. Aproape mi s-a terminat timpul". S-a uitat în stânga, după geantă, pe care o pusese de fapt în spatele fotoliului. I-am spus că pusesem un bilet de înştiinţare pe uşă, în care scrisesem că nu mă voi putea vedea cu alţi pacienţi de-a lungul zilei respective şi că vom rămâne până la 18: 00, aşa că se putea relaxa. A încercat să protesteze, dar nu a reuşit să-şi adune energia de a o face şi s-a afundat înapoi în fotoliu. Am plecat timp de câteva minute din încăpere şi am lăsat mesaje pe robotul telefonic al pacienţilor mei, anulând şedinţele din ziua respectivă, iar când am revenit, i-am adus încă un pahar cu apă.

După aproximativ două ore, a reuşit să vorbească, dar într-o manieră în care nu o mai făcuse niciodată. În locul obişnuitei sale jovialităţi, vorbea lent, încet şi c-un calm fals. Mi-a spus că Griselda, o prietenă apropiată de-a ei de ani de zile, îi spusese cu o zi în urmă că ea credea că Anna este o „nenorocită egocentrică" şi că nu era sigură dacă îşi dorea să continue relaţia. Anna s-a oprit, şi-a muşcat buza şi apoi a spus că afirmaţia fusese atât de „stupefiantă", încât nu-i venise să creadă.

Una dintre temele analizei până în acel punct fusese modul în care Anna prospera de pe urma iubirii multor oameni. Era extraordinar de populară şi gestiona fără mari dificultăţi dispute cotidiene minore, spre exemplu, de la locul de muncă. Avea însă o tendinţă inconştientă la autoidealizare, iar comentariul prietenei îi spulberase sentimentul de sine. Persoana care stătea acum în faţa mea se afla într-un spaţiu intern nou şi terifiant; părea completă golită de ea însăşi şi lipsită de resurse.

Există câteva elemente vitale pe care analistul trebuie să le aibă puse în ordine pentru a ajuta pe cineva care trece printr-o prăbuşire psihică, iar unul dintre acestea este înţelegerea clară a *liniei de conflict* din istoria persoanei. Atunci când survine o prăbuşire, unul dintre factorii fundamentali ai găsirii unei căi de ieşire din aceasta este ca psihanalistul să-şi explice clar ce se întâmplă şi de ce.

Armei i-am spus:

— Toată viaţa, a trebuit să crezi că eşti perfectă şi ai fost iubită de toată lumea, pentru că, dacă n-ai fi fost minunată, ai fi simţit că eşti un nimic. Urând-o pe mama ta aşa cum ai urât-o, te-ai salvat prin a-ţi idealiza tatăl. El te-a idealizat la rându-i şi, până să devii adolescentă, simţeai deja că eşti o persoană minunată. Trebuia să fii, ca să ascunzi acea parte a ta care te făcea să poţi urî pe cineva cu atâta violenţă încât ţi-ai fi putut pierde sentimentul de sine.

Cea mai importantă trăsătură a mediului conţinător în psihanaliză este actul interpretării. Fiecare pas interpretativ face parte din „susţinerea psihanalitică” Oamenii se simt înţeleşi, nu numai prin prezenţa unui celălalt empatic, ci, de mai mare importanţă, prin faptul că analistul înţelege într-un mod inteligent cauza din care această persoană a ajuns în dificultatea în care se află. La acest nivel, interpretarea chiar reprezintă o formă de iubire. A fi cunoscut înseamnă a fi iubit într-un moment crucial al vieţii cuiva.

În timp ce-i făceam această interpretare Annei, am vorbit lent şi calm. I-am transmis că, fireşte, acest lucru era menit să se întâmple la un moment dat şi că, deşi dureros, nu era ciudat. Comunicarea acestui fapt este esenţială pentru că, atunci când cineva începe să se prăbuşească, persoana trebuie să se confrunte nu doar cu elementul traumatic care a provocat colapsul, ci şi cu panica secundară, stârnită de faptul că parcurge o prăbuşire psihică. Tocmai această anxietate primară este

cea mai toxică şi necesită o atenţie imediată. Este important să i se transmită persoanei că îngrijorarea sa este de înţeles şi că îşi va reveni.

Să-i spui cuiva că îşi va reveni poate părea nesemnificativ la un nivel social comun, dar încalcă legile impuse de psihanaliză.

Suntem învăţaţi că psihanaliştii nu trebuie să spună aşa ceva. Şi sunt de acord că nu ar trebui să spunem *niciodată* aşa ceva dacă nu o credem întru totul. Nu putem să oferim previziuni cu privire la viitorul niciunui pacient bazându-ne pe presupuneri ori probabilităţi. Când le vorbim analizanzilor noştri, suntem obligaţi să le spunem adevărul, iar dacă uneori ne abţinem de la un comentariu, astfel comiţând poate o minciună prin omisiune, facem acest lucru cu un interes care vizează tactul, nu înşelăciunea.

Când i-am spus Armei că ceea ce se întâmpla era de înţeles şi că îşi va reveni, credeam cu tărie că aşa era. Cu sprijinul echipei şi având în minte că eram dispus să lucrez din zori până-n noapte, atâta timp cât era necesar pentru a o ajuta să depăşească perioada de criză, eram pur şi simplu convins că procesul psihanalitic era atât de eficient, atât de inerent transformator, încât îşi va face treaba. Nu am niciun dubiu că le transmit această încredere pacienţilor şi că propria-mi credinţă în instinctele de viaţă (procesul de dezvoltare) joacă un rol important în diminuarea panicii lor.

I-am spus Annei că trecea printr-o prăbuşire psihică şi că aveam de lucru, precum şi măsuri de luat. I-am spus că i-am mai însoţit şi pe alţii printr-o perioadă de acest tip, că făcea parte din meseria mea să lucrez cu oameni aflaţi în astfel de circumstanţe, dar că, dacă va fi să depăşim criza, va trebui să coopereze cu liniile mele directive.

I-am spus că va trebui să lase deoparte orice responsabilităţi pentru ziua următoare (vineri) şi că voi lucra cu ea de la 9: 00 la 18: 00. I-am spus că, înainte să plece, îi voi face o programare pentru seara respectivă la

dr. Branch, la care mai fusese. Se vor întâlni, apoi va merge acasă, va mânca ceva, nu se va apropia de telefon şi se va culca. L-am contactat pe dr. Branch şi era pregătit s-o primească. El i-a telefonat la rândul său lui Edward, pentru a aranja ca ea să fie preluată de la cabinetul meu la ora 18: 00.

Prin a-i spune că ne vom opri la o anumită oră, realizam două lucruri. Afirmam că această şedinţă *avea limite*, avea un cadru temporal. Acest sens al timpului este foarte important pentru Eu şi formează o parte din calea acestuia către recuperare. Frica de infinitate constituie o consecinţă imediată a debutului oricărei prăbuşiri psihice şi, astfel, pe măsură ce este mărită durata şedinţei, aceasta trebuie temperată de un cadru la care se aderă. Dacă i s-ar spune pacientului: „Nu-ţi face griji, putem rămâne aici până când eşti pregătit să pleci”, acest lucru l-ar abandona propriei funcţionări a Eului, care doar ar crea mai multă panică.

Nu era însă vorba doar de o tehnică terapeutică. Învoiala la care căzusem cu mine însumi era simplă: dacă pacientul nu era capabil să plece la ora stabilită, atunci acest fapt ar fi indicat că nu ar fi posibilă însoţirea acestui pacient printr-o criză, ceea ce m-ar obliga să îl trimit la spital. Aşadar, noul cadru reprezenta, în acelaşi timp, limita metodei mele.

Utilizând numere – „ne oprim la 18: 00” mai degrabă decât „o să ne oprim în două ore” –, mă foloseam de ordinea simbolică. Aceasta avea funcţia unui punct de ancorare în cadrul procesului de transformare terapeutică. Orice urma să se întâmple între 9: 00 şi 18: 00 – şi ştiam că se va dezlănţui tot iadul –, aceste numere aveau atât semnificaţia limitării timpului petrecut împreună, cât şi pe cea a timpului acordat inconştientului pentru a-şi parcurge criza. Învăţasem că oamenii aflaţi în această stare deţin un simţ inconştient care le spune cum să folosească ceea ce li se oferă, atâta vreme cât analistul, drept păzitor al spaţiului şi al timpului, se supune cadrului.

Anna a spus:

— Dar, Christopher... nu pot să merg să mă vadă dr. Branch. Am o conferinţă telefonică internaţională extrem de importantă în seara asta. Nu pot s-o ratez. Trebuie să particip.

Era foarte motivată profesional şi nu era nicidecum neobişnuit pentru ea să lucreze 15 ore pe zi, şase zile pe săptămână. În acest punct, aşa cum am menţionat anterior, rezistenţa pacientului la modificarea parametrilor este un semn bun. Demonstrează o reticenţă la a-i fi perturbată viaţa, ca şi cum Eul ar spune: „Nu mă voi preda. Pot să depăşesc asta singur. Mulţumesc pentru îngrijorare, dar o să fiu bine". În cele din urmă, acele resurse interne se vor dovedi fundamentale pentru recuperarea persoanei, pentru revenirea sa la viaţa obişnuită şi pentru potenţialul transformator al prăbuşiri psihice.

Astfel că este important ca analistul să confirme validitatea acelor rezistenţe.

— Uite, Arma, ştiu că este importantă pentru tine şi îţi respect dorinţa de a participa, îţi vei ţine conferinţele peste câteva zile, dar nu acum.

Când a protestat din nou, i-am spus:

— Nu eşti câtuşi de puţin în formă pentru asta. Lumea se va descurca fără tine câteva zile şi nu te pot ajuta să-ţi revii din asta dacă nu suntem de aceeaşi parte a baricadei.

Acesta este momentul în care analistul şi pacientul negociază termenii tratamentului pe parcursul perioadei de criză. Acest contract este vital. Odată ce rezistenţa pacientului la propunerea de modificare a modului de lucru a fost validată şi primită cu empatie, următorul pas este de a ne asigura de cooperarea totală cu noul plan de tratament. Nu există două planuri identice: vor apărea variaţii cu privire la ceea ce este de făcut, pentru cât timp, cu a cui implicare ş.a.m.d.

Anna locuia singură, dar avea o vecină care îi devenise o prietenă foarte bună şi apropiată şi ştiam că

aceasta ar fi cea mai potrivită persoană care ar putea-o supraveghea. Vecina ştia că ea se afla în analiză la mine şi, de vreme ce protocolul meu implică să nu comunic cu prieteni sau membri ai familiei decât în circumstanţe cât se poate de excepţionale, am întrebat-o pe Anna dacă ar putea să o sune pe prietena sa şi să o roage să treacă pe la ea în noaptea respectivă pentru circa o jumătate de oră. Anna urma să-i spună că trece printr-un moment dificil şi s-o roage să o viziteze pe parcursul următoarelor câtorva zile. Anna a fost de acord cu acest lucru, iar prietena ei chiar s-a dovedit a fi un asistent esenţial pe parcursul următoarei săptămâni.

S-a făcut ora 18: 00. Starea ei nu se schimbase. Încă arăta îngrozitor şi abia dacă era vag coerentă, dar a reuşit să zâmbească şi să-mi spună:

— Christopher, dar chiar nu te laşi uşor.

Ştiam că se referea la poziţia mea de negociere, la insistenţa asupra stabilirii unui plan de acţiune, ce reflectase un aspect al personalităţii mele care probabil că nu ar fi fost evident în circumstanţe analitice normale. Un astfel de moment implică o combinaţie de îngrijire maternă şi structură paternă. Analistul trebuie să menţină un echilibru între furnizarea unui mediu de susţinere care să permită şi să conţină regresia profundă şi, în acelaşi timp, aducerea unor elemente paterne, structurante, care să sprijine recuperarea pacientului.

Edward aştepta la uşa cabinetului, pentru a o duce pe Anna la programarea făcută la dr. Branch. Contribuţia lui Edward pe parcursul următoarelor câteva zile constituia o altă parte importantă a „îngrijirii” ei permanente, chiar şi când era singură. Drumul cu maşina de la cabinetul meu la cel al doctorului

Branch dura 20 de minute şi voiam ca Anna să fie însoţită de cineva care ştia cum să reacţioneze: când să vorbească şi când 5 *9 9*

s-o lase să rămână în tăcere.

Mai târziu, am vorbit cu dr. Branch şi mi-a confirmat

că era vorba despre o prăbuşire depresivă, iar Anna era foarte aproape de a nu face faţă.

Eu însă mă aflam într-o încurcătură. Ar fi trebuit să plec a doua zi la New York, iar apoi să merg la Austen Riggs într-o vizită de o săptămână, unde urma să ţin cursuri, supervizări şi o prelegere cu public.[7] I-am scris directorului, Gerrard Fromm, şi i-am comunicat că, în mod regretabil, nu mai puteam ajunge, pentru că aveam o pacientă în plină prăbuşire psihică. În dimineaţa următoare, am primit un e-mail de la el, caracteristic nu doar lui, ci întregului etos al comunităţii de la Riggs. Îmi scrisese că luasem decizia corectă şi că îmi sprijineau abordarea, rugându-mă să îl ţin la curent cu evoluţia pacientei.

Pe vremea aceea, la Riggs avea loc o şedinţă matinală zilnică, în cadrul căreia asistenţii, analiştii şi membrii personalului se întâlneau şi discutau despre ce se întâmplase de-a lungul nopţii. Masa era acoperită cu pahare de plastic cu cafea, în timp ce oamenii se trezeau pentru o nouă zi, pentru a se confrunta cu realitatea faptului că aveau în îngrijire pacienţi borderline sau psihotici, iar umorul negru al personalului îi ajuta pe toţi să depăşească anxietăţile aduse de raportul zilnic.

Faptul că ei ştiau prin ce treceam eu în Londra şi ce însemna pentru mine să-mi anulez vizita era o reflexie a empatiei celor de la Riggs. În fiecare zi care a urmat, le-am trimis un scurt mesaj în care le scriam cum se simte pacienta mea, iar acesta era inclus în şedinţa lor zilnică, ca şi cum eu şi pacienta mea am fi făcut parte din comunitatea de acolo. Am fost foarte mişcat de acest lucru, care a jucat un rol important în propriul meu mediu de susţinere.

În dimineaţa următoare, Edward a adus-o pe Anna la cabinet şi ne-am început lucrul la 9: 00. La fel ca în cazul

---

7 Acelora interesați să citească despre istoria celui mai remarcabil spital de psihiatrie din Statele Unite, le recomand Kubie, Lawrence S. (1960), The Riggs Story, New York: Harper & Brothers. (N.a.)

tuturor pacienţilor prezentaţi aici, nu este posibil, din motive de confidenţialitate, să ofer la fel de multe detalii pe cât mi-aş dori, astfel că ceea ce urmează este un scurt rezumat.

Timp de câteva ore, Armei i-a fost greu să vorbească. Pusesem mai multe sticle de apă lângă fotoliul său, iar ea le termina una după alta.[8] Din când în când, încerca să vorbească, apoi se afunda din nou în fotoliu, îndepărtându-şi picioarele şi ţinându-şi mâinile încleştate între ele, ca şi cum ar fi încercat să-şi găsească întâi corpul, înainte să poată fi rostite cuvinte. Din vreme în vreme, eu spuneam: „Acordă-ţi tot timpul necesar, nu e nicio grabă”, iar ea se relaxa din nou în fotoliu şi îşi fixa privirea în gol. Apoi, i-a ieşit brusc din gură cuvântul „Bine” şi a început să descrie mult mai detaliat ce-i spusese prietena, unde i-o spusese şi de ce era atât de tulburător. S-a uitat la mine, lacrimile şiroindu-i pe obraji:

— Cum pot oamenii să fie atât de îngrozitori? Cum poate o prietenă loială să fie aşa de aşa de...

— De rahat?

— Da, cum poate fi aşa de rahat?

— Ei bine, nu ştiu. N-o cunosc pe Griselda. Ai atât de mulţi prieteni, încât mi-e greu să-i ţin bine minte pe toţi.

— Nu i-am dat niciodată vreun motiv să se-nfurie pe mine sau să-mi spună aşa ceva.

— Poate, dar tu eşti oarecum centrul unei comunităţi extraordinare de oameni care te adoră.

— Ce vrei să spui cu asta?

— Oamenii te iubesc; tu iubeşti faptul că ei te iubesc. Mă aştept ca Griseldei să-i fi sărit ţandăra.

— E, hai, adică nu i-am dat niciodată vreun motiv să îmi spună aşa ceva. Niciodată. Niciodată nu i-am dat.

— Atunci poate era singurul ei mod de a se face auzită.

---

8 întotdeauna pun la dispoziție foarte multă apă. în stări de mare tulburare, oamenii se deshidratează cu ușurință, așa că vizez și acest aspect, dar mai este vorba și despre un important aport simbolic în timpul acestei perioade a analizei. (N.a.)

— Nu e greu să-i aud pe ceilalţi! Cred că sunt deschisă la orice spune oricine! [pauză] Christopher, ţie ţi se pare că mi-e dificil să-i aud pe ceilalţi?

— Da, aşa mi se pare.

— *Aşa* ţi se pare?

— Da, eşti atât de spumoasă şi de absorbită de tine însăţi încât n-am nici cea mai mică idee ce se-ntâmplă în interiorul tău atunci când nu ţi-e bine, când lucrurile nu sunt tocmai excelente.

— E, atunci mai du-te dracului!

— Mmm.

— Ei... Adică... Serios? Chiar nu ştii? Ce vrei să spui cu „când nu mi-e bine”? Despre ce vorbeşti?

— Arma, tu poţi fi artificială. Încerci să treci prin viaţă ca şi cum totul ar fi doar o plimbare veselă prin soare. Şi poţi face asta ţinându-te la distanţă de oameni, la fel cum mă ţii şi pe mine la distanţă. Eşti minunată, puternică, sclipitoare; ai multe părţi interne sănătoase. Dar... poţi fi falsă.

— Nu ştiu aşa ceva. Nu ştiu... Vreau să spun...

În acest punct, s-a micşorat în fotoliu, o vreme n-a mai vorbit, a desfăcut încă o sticlă de apă, s-a ridicat să meargă la toaletă, s-a întors, s-a aşezat, iar apoi a început să plângă. Plânsul a continuat lent şi ritmic timp de o oră sau chiar mai mult, apoi s-a oprit. Era 12: 30, venise timpul pentru pauza noastră de masă şi i-am spus c-o aştept la 13: 15.l-am spus şi că e o cafenea la colţul străzii, de unde putea să-şi ia un sandviş, şi s-a întors la timp.

Pauzele sunt foarte importante; fie că e vorba de weekend, de o vacanţă sau chiar de o oră, pauza creează o schimbare de spaţiu, iar acest fapt aduce o nouă perspectivă. Pacientul trebuie să se îndepărteze de celălalt pentru a putea gândi diferit.

Anna se gândise şi transformase ceea ce-i spusesem în propriile ei gânduri. Timp de o oră nu a spus nimic, dar era mai puţin deprimată şi părea pe gânduri.

— Ok, am înţeles. Cred că ai dreptate că sunt

artificială. Ştiu asta. Cred că am *ştiut* asta întotdeauna, Christopher, doar că nu ştiam ce să *fac* în legătură cu asta. A părut mereu să meargă. Făcea ca acasă să fie linişte şi pace, ca tata să fie fericit, ca eu să nu sar la gâtul mamei şi, mai apoi, să fac sex fabulos cu bărbaţi fantastici de zece ani încoace. Viaţa era minunată şi m-am descurcat bine, dar…

— Eşti mereu în mişcare, în fugă, ca să nu-ţi dai ocazia să te gândeşti la tine însăţi.

— E, cine-ar vrea să facă asta? [a râs] Adică, ok, ai dreptate, dar nu sunt aşa sigură că relaţiile chiar funcţionează… şi ştiu că sunt singură, dar pentru mine este în regulă.

A fost ca şi cum Anna ar fi primit o lovitură în spate. A tuşit şi s-a aplecat în faţă, apoi şi-a îndreptat spatele, m-a privit fix în ochi, a zâmbit, a izbucnit în lacrimi şi-a continuat să plângă.

— Ah, căcat, Christopher, *ce-o să* mă fac?

— O faci deja.

— Sunt în mare belea.

— O mică belea.

— Cum! O *mică* belea?

— Am văzut belele mult mai mari.

— A, super, norocosul de tine!

A rămas în tăcere 15 minute, a mai băut nişte apă, iar apoi a urmat o lungă istorisire despre mama ei, copilărie şi primii ani de viaţă adultă.

La 17: 55, i-am spus că ne vom opri în cinci minute. Edward a venit s-o ia şi a dus-o acasă. I-a telefonat doctorului Branch, aşa cum stabiliserăm, a luat masa cu vecina ei şi s-a băgat în pat extenuată, dormind toată noaptea.

Şedinţa mersese bine. Anna ştia că se dezintegrase, că fostul ei sine capitulase şi că se va crea unul nou. Sau, cu alte cuvinte, şinele fals, derivat din apărările împotriva urii din copilărie faţă de mama sa, se prăbuşise, iar acum ceva mai adevărat pentru ea îşi făcea apariţia. Deşi

existaseră momente îngrijorătoare în şedinţă – când se pierduse în spaţiu, părând că se goleşte de ea însăşi –, se întorsese de fiecare dată.

Comentariile mele erau frecvent directe şi de confruntare, întrucât adesea intuiesc ca fiind corectă în astfel de momente adresarea într-un limbaj colocvial. Un efect secundar al exprimării concise şi al onestităţii este că sunt digerabile (au un soi de aromă psihică plăcută) şi, dacă sunt însoţite de afecţiune, stârnesc afectul în analizând şi mobilizează agresivitatea generativă.9 Această agresivitate reprezintă o parte esenţială din a fi o fiinţă umană. Nu este un joc drăgălaş, idealizat, ca-n *Sesarne*

9 Winnicott privea agresivitatea ca fiind înrudită cu mobilitatea. Aceasta constituia o indicaţie cu privire la capacitatea sinelui de a utiliza obiectul într-o manieră esenţială şi necesar neîndurătoare; un mijloc pentru şinele adevărat de a fi el însuşi, înconjurat fiind de complezenţe relaţionale. (N.a.)

Street[9], ci jocul inteligenţei şi al adevărului: un joc care atinge miezul lucrurilor. Asemenea glumei, acest tip de joc constituie o experienţă emoţională, condensând în concizia sa multe dintre preocupările inconştiente ale persoanei.

Un astfel de joc are loc de la Eu la Eu. Comentariile mele, comentariile ei făceau parte dintr-o mobilitate a gândirii în continuă desfăşurare, care îi aducea la suprafaţă afectul din nou şi din nou. Chiar şi pe măsură ce cobora în adâncimile depresiei sale, construia, simultan, noul sine care urma să se nască din această experienţă. Bineînţeles că ea nu ştia acest lucru, dar eu fusesem deja de multe ori martorul acestui aspect – prezenţa recuperării în toiul prăbuşirii psihice – şi mă simţeam relaxat în privinţa sa.

---

9 Sesame Street este un serial de televiziune american, educativ, pentru copii, devenit foarte popular în special datorită scheciurilor care îi includ pe Muppets, un grup de personaje-marionete, cunoscute pentru stilul lor stângaci, burlesc și meta-referential. (N.t.)

Duminică, Anna a ajuns la 9: 00. Era tulburată.

— Christopher, am făcut pe mine.

— Bun.

— Eram… eram azi-dimineaţă în pat şi fără să mă gândesc sau fără măcar să ştiu, deodată tot patul s-a inundat cu rahat, iar eu eram acoperită cu el.

— Tulburător.

— *Asta* a fost o afirmaţie mult prea modestă. Iniţial nu mi-a venit să cred, dar după aceea am realizat. Aşa că, m-am ridicat, m-am băgat în duş, m-am curăţat de tot rahatul, apoi m-am dus înapoi în dormitor, am strâns toate cearşafurile, le-am pus la spălat şi… în fine…

— Deci, ai rezolvat.

— Da, dar am făcut pe mine. Asta înseamnă ceva. Înseamnă că sunt într-o *reală* belea.

— Anna, cred c-a fost un lucru bun.

— Ce?

— Până acum, ai deţinut un *prea* mare autocontrol, ţinându-ţi tot rahatul înăuntru. Aşa că, ai avut parte de-o odihnă bună, te-ai calmat şi te-ai simţit îndeajuns de liberă să laşi o parte din rahat să iasă.

— Glumeşti?

— Fireşte că nu.

— Dar nu pot să continui să tot fac pe mine aşa!

— Dacă mă-ntrebi pe mine, Anna, cred c-ar fi un lucru bun dac-ai avea ceva mai mult rahat pe tine decât ai.

În acest punct, Anna a izbucnit într-un râs zgomotos şi a continuat să mustăcească încă zece minute.

— Bun, deci, am înţeles. Acest proces este unul în care ar trebui să plec de-aici simţindu-mă de rahat, iar apoi să m-acopăr cu rahat, ceea ce e un lucru bun, nu?

— Trebuie să mă gândesc la asta.

— Te-am încurcat.

— Da.

— Bravo mie!

A trecut un timp, apoi am spus:

— Cred că ce spuneai este, de fapt, destul de

profund. *Chiar* cred că dacă ai fi mai puţin imaculată şi mai reală, poate chiar lăsând să se vadă că eşti un pic de rahat, că ai gânduri de rahat, atunci n-ai mai forţa prieteni ca Griselda să-ţi dea una pentru că eşti atât de deranjant de grozavă.

Anna a tăcut. S-a uitat în stânga şi apoi împrejur, prin încăpere, într-o postură pe care o mai văzusem şi care însemna „asta chiar îmi dă serios de gândit". Apoi, după zece minute:

— Cred că înţeleg. Atitudinea mea nu funcţionează. Nu pot să păcălesc oamenii făcându-i să creadă că sunt atât de minunată dacă eu ştiu că nu simt. Ei ştiu că nu sunt, deci trebuie să devin reală. Înţeleg. Deci, cât crezi că mai trebuie să stau aici? Adică, cred că înţeleg, aşa că acum pot să plec, sau în vreo oră, nu?

— Ştii, Anna, tocmai ne-ai demonstrat ceva: cum că eşti un fel de elev care nu învaţă, ci le prinde din zbor. Ai prins ceva important, dar acum te foloseşti de acel lucru pentru a fugi de-aici şi a fugi de lucrul respectiv; pentru a-l reduce la un insight intelectual.

— Ah, rahat!

— Exact.

— Deci, nu mă crezi cu ce-am spus?

— Ba da, te cred. Dar cred că îţi exploatezi mintea pentru a evita experienţa emoţională implicită insight-ului la care tocmai ai ajuns.

— La ce te referi?

— Cred că încerci să fugi din încăperea asta cât poţi de repede. La primul semn de recuperare, care chiar cred că are loc, o să fugi de-aici la fel cum ai fugit din familia ta; să evadezi înainte de a fi trebuit într-adevăr să treci prin procesul de a ieşi din rahatul care era în mintea ta, în familia ta.

— Iisuse, ştii, uneori aş vrea efectiv să te omor. Eşti atât de al

’9 9 9

dracului de inteligent. E atât de enervant.

— Anna, nu e vorba că sunt inteligent. Ceea ce tocmai ai făcut aici şi acum este evident. Este ceea ce văd prietenii tăi şi, nu uita… tu ai ales să mi-o arăţi şi mie. Deci, de fapt nu-i vorba decât de propria ta onestitate.

A urmat o tăcere de vreo oră. Acest moment este greu de descris, dar a fost transformator. Anna dobândise înţelegere, dar îşi folosise intelectul pentru a încerca să fugă, iar eu o confruntasem. Punctând faptul că propria ei dezvăluire în această privinţă şi nu deşteptăciunea mea condusese la a discerne acest fapt, coalizasem cu partea ei care chiar dorea să lucreze cu ea însăşi, care nu voia să evadeze din faţa problemelor printr-o soluţie falsă şi maniacală.

Anna a venit la mine timp de trei zile, de la 9: 00 la 18: 00. La finalul celei de-a treia zi, ieşise din miezul prăbuşirii psihice şi i-am spus că, pentru următoarele două săptămâni, voiam să o văd zilnic, inclusiv sâmbăta, pentru şedinţe de 45 de minute. I-am stabilit o dată de încheiere. Până la acel moment, vorbisem cu dr. Branch, Anna îmi spusese părerea vecinei sale („Cred că începi să-ţi revii, Anna”), iar cadrul temporal părea adecvat nevoilor Eului.

După două săptămâni, am revenit la ritmul obişnuit al şedinţelor ei.

Prăbuşirea psihică a Annei era inevitabilă. Chiar cred că incredibila ei putere fusese cea care o împiedicase să se întâmple mai devreme. A avut loc în modul în care a făcut-o pentru că ea se afla în psihoterapie şi din cauza unui concurs de împrejurări: una dintre care, în mod întâmplător, fusese anticiparea plecării mele timp de o săptămână. Amândoi am învăţat multe din această experienţă, dar ceea ce învaţă pacientul despre el însuşi este acel lucru care transformă. Învăţarea care are loc pe parcursul colapsului sinelui este o învăţare emoţională profundă. Este saturată de gânduri care poartă adevărul sinelui, iar din experienţa mea, atâta vreme cât psihanalistul rămâne alături de persoana respectivă în timpul acestei tranziţii, va funcţiona.

La Emily şi la Anna, debutul prăbuşirilor a fost brusc şi derivat dintr-o interacţiune traumatică foarte recentă. Cu toate acestea, în ambele cazuri eu eram conştient de defectele fundamentale care existau în personalităţile lor şi, deşi nu putem şti cum le-ar fi mers în continuare dacă n-ar fi fost încolţite de realitate, mă gândesc că n-ar fi fost decât o chestiune de timp până să se împotmolească şi să ajungă neajutorate. Structura analizei – sub forma interpretărilor cu privire la vieţile lor şi a transferului faţă de mine – a constituit o fundaţie care fusese deja construită înaintea instalării crizei, iar aceste aspecte ale analizei simt cele cruciale în cadrul travaliului cu persoane care parcurg o prăbuşire psihică.

CAPITOLUL 6

Mark

Mark era un bine-cunoscut pictor; de foarte mare succes, solitar, dar abil în societate şi fermecător când contextul o cerea. Şi-a început analiza la vârstă mijlocie, din motiv că nu fusese niciodată îndrăgostit şi pentru că fusese de acord cu opinia prietenilor săi, că era distant şi imposibil de cunoscut. Deşi iubea pictura, chiar şi aceasta începuse să-i pară mai degrabă un demers comercial, decât un act creativ.

A început cu uşurinţă să asocieze liber, era un analizând foarte productiv şi, în primii doi ani ai analizei, a obţinut noi insight-uri cu privire la sine însuşi, a început să se întâlnească cu femei şi a învăţat de pe urma eşecurilor în contactele relaţionale. Din punct de vedere transferenţial, menţinea o distanţă neutră faţă de mine, deşi uneori, când se afla într-o călătorie, îmi trimitea scrisori pline de căldură, afecţiune şi apreciere.

Apoi, din cauza unor circumstanţe de viaţă, a trebuit să părăsească Londra şi să se mute în Seattle şi m-a întrebat dacă am putea continua analiza la telefon. Pe vremea aceea, eram sceptic în această privinţă, dar am fost de acord să încercăm pentru o perioadă şi să vedem dacă funcţionează. Am stabilit datele când urma să vină în

Londra, ocazii cu care să ne putem vedea faţă în faţă şi, în acelaşi timp, se întâmpla ca eu să ţin seminarii şi în Seattle, unde obişnuiam să închiriez un apartament în care aveau loc cursurile, aşa că ne puteam întâlni şi acolo.

Încă doi ani, Mark a continuat să facă schimbări pozitive. Cel mai important, pentru prima oară în viaţă se îndrăgostise şi înţelesesem de ce acest lucru nu fusese posibil până atunci, în primii săi patru ani de viaţă, mama lui fusese depresivă, iar când avea 12 ani, trebuise să facă faţă morţii tatălui său, de care se înstrăinase. La acel moment, sufletul lui Mark îngheţase, iar el se hotărâse să nu-i mai ofere niciodată afecţiune nimănui. Avea un comportament adecvat faţă de mama sa, dar resimţea o furie profundă şi de neclintit faţă de ea, pentru a fi eşuat în ce-l privea în primii săi ani de viaţă. Crezuse că numai prin intermediul unei independenţe aproape fanatice reuşise să aibă succes în carieră. Atunci când femeile se îndrăgosteau de el – ceea ce se întâmpla destul de des – le dispreţuia din start, pentru că avea senzaţia că ele încercau să interfereze cu loialitatea sa faţă de sine însuşi. Obişnuia să nu participe la deschiderile expoziţiilor sale, retrăgându-se acasă, pentru că simţea că oamenii „profitau" de succesul lui şi că, dacă n-ar fi fost atât de bun în profesia sa, nu ar fi prezentat niciun interes pentru nimeni.

Aşadar, când Mark s-a îndrăgostit de Joyce, se afla pe un teritoriu complet nou. Era o relaţie tumultuoasă. Ea era cu cincisprezece ani mai tânără decât el, tot artistă, înzestrată sexual, exotică. Şi îi împărtăşea obiceiul; aşa cum el dispărea uneori, la fel făcea şi ea. Această oglindire a lui însuşi, o parte a propriului caracter al lui Joyce, îl dezarma pe Mark, dar îi crea şi o anxietate disperată. Analiza faptului că proiecta asupra ei ura şi sentimentul de răzbunare faţă de mama lui l-a ajutat să îşi explice într-o oarecare măsură reacţia pe care o avea la dispariţiile ei, înţelegând că acestea reprezentau încercarea ei de a-şi depăşi fricile de a fi dependentă de el. Dar de suferit, suferea cumplit.

După un an de trăit împreună, amândoi au regresat. Joyce a devenit maniacală şi violentă, aruncând cu obiecte în el şi ţipând la el în locuri publice, iar el reacţiona prin a reveni într-un spaţiu de suferinţă cultivat, pe care îl cunoştea bine şi pe care îl folosise împotriva părinţilor săi. Dar acest lucru începea din ce în ce să nu mai funcţioneze. Din senin, avea accese de furie extrem de puternice şi, într-una dintre ocazii, a distrus aproape toată mobila din apartamentul lor, iar apoi s-a prăbuşit într-o poziţie fetală şi a rămas aşa timp de câteva ore, după care a plecat de acasă.

Apoi, Mark a descoperit, spre oroarea sa, că Joyce era o hoaţă. Nu o simplă amatoare, ci o semiprofesionistă. A dat întâmplător peste locul în care ascundea bijuteriile furate, iar atunci când a confruntat-o, ea i-a răspuns că fireşte că le furase, de la petrecerile la care merseseră împreună. Cum altfel ar fi putut să-şi susţină financiar cariera? Poate că el era un artist de succes, dar ea nu era, aşa că avea nevoie de banii respectivi.

Mark s-a decis să încheie relaţia şi, cu acest scop, a apelat la foarte vechile stiluri de respingere păstrate intern. Ştia cum să devină cu totul de gheaţă faţă de cineva, de vreme ce aplicase strategia de multe ori cu părinţii lui, dar era evident că de această dată nu funcţiona. O iubea încă pe Joyce. În timpul conversaţiilor noastre telefonice, existau pauze lungi pe parcursul cărora eu simţeam nu o distanţare, ci o neajutorare care devenea din ce în ce mai densă. În timpul unei şedinţe de miercuri, mi-a fost limpede că Mark se îndrepta înspre o prăbuşire psihică, aşa că i-am spus că ne vom întâlni ziua următoare, la ora 16: 00. Am reuşit să găsesc un zbor către Seattle şi ne-am întâlnit a doua zi, la hotel.

Fusese surprinzător faptul că Mark nu ripostase în niciun fel la afirmaţia mea că ne vom vedea ziua următoare, dar atunci când ne-am întâlnit nu mi-a fost greu să înţeleg de ce. Când i-am făcut cu mâna în holul hotelului, nici nu s-a clintit. M-am apropiat de el şi i-am

spus „Urmează-mă”, iar el a făcut-o asemenea unui zombi.

Am vorbit de la 16: 00 la 18: 00. I-am spus că vom lucra în fiecare zi de la 9: 00 la 18: 00, cu o pauză de o oră la prânz; că nu ştiam cât va dura până vom reuşi să-l facem să răzbată din criză, dar că nu ar trebui să se preocupe cu acest lucru. Am trecut în revistă regulile de lucru. I-am spus că nu voiam ca el să vină cu maşina la şedinţe şi i-am cerut să aranjeze astfel încât să vină cu un taxi. I-am spus că eram de părere că trece printr-o prăbuşire psihică – a încuviinţat din cap – şi i-am mai spus că ne aşteaptă nişte zile dificile, dar că eu aveam toată încrederea că, dacă o să ne ţinem de planul stabilit, o să izbândim. Contactasem un psihiatru/psihanalist local pe care îl cunoşteam de la seminariile mele şi acesta mi-a confirmat că îmi va sta la dispoziţie dacă voi avea nevoie de el. Ştiam de un spital local la care puteam apela, iar hotelul colabora cu o companie de taximetrie bună.

Dimineaţa următoare, Mark a ajuns la timp, la 9: 00. Părea mai calm şi era îmbrăcat cu gust. Am ajuns în camera pe care urma s-o utilizăm drept cabinet, a văzut şirul ordonat de sticle de apă şi a spus: „Mulţumesc, ce drăguţ”. S-a întins pe canapea, iar eu m-am aşezat în spatele lui. Nu a spus nimic primele cincisprezece minute, dar a băut de câteva ori dintr-o sticlă de apă. De fiecare dată, înşuruba înapoi dopul cu mare atenţie, privindu-l foarte concentrat în timp ce o făcea.

— Bun!

A râs, apoi a spus:

— Deci, de unde să încep?

Dar abia dacă îi ieşiseră bine cuvintele din gură, când s-a întors pe o parte, cu faţa la perete şi a dat drumul unui hohot indescriptibil. Fusese un fel de sunet exploziv, care s-a transformat apoi într-un plâns intens, ce a continuat timp de două ore. Din când în când, se oprea pentru câteva clipe, uneori mai bea nişte apă, o dată sau de două ori a mers la toaletă, apoi se întorcea pe canapea, se aşeza cu faţa la perete şi reîncepea să plângă. Era incapabil de a

vorbi şi nici eu nu spuneam nimic.

Mai târziu, când a început în cele din urmă să vorbească, vocea îi era răguşită şi părea înăbuşită cu afect. „De ce?”, a tot repetat cinci minute în şir. „O iubesc. De ce-a făcut asta?” Deşi vorbea cu voce tare, acestea nu erau întrebări care să mi se fi adresat mie, aşa că am rămas în tăcere. Curând s-a făcut amiază, a plecat pentru o oră să mănânce şi am reluat la ora 13: 00.

Restul zilei a decurs cam în aceeaşi notă. Comentariile lui au continuat să fie propriu-zis retorice, iar eu descoperisem deja acest lucru ca având o funcţie esenţială în autorecuperare. Persoana trebuie iniţial să-şi audă propriile gânduri, să le audă ecoul în spaţiul psihanalitic, înainte ca analistul să înceapă să facă vreun comentariu asupra lor. Această etapă formează o parte a unei tranziţii de la reacţia la criza actuală către trauma subiacentă pe care cea dintâi a activat-o. Prima legătură va fi creată de afectul analizândului, iar odată ce acest lucru a avut loc, ceea ce spune analistul va avea o cu totul altă semnificaţie.

În jur de ora 16: 00, Mark a devenit mai contemplativ. Plânsese aproape pe tot parcursul zilei, băuse câteva sticle mici de apă şi se întorsese des de pe-o parte pe alta pe canapea, deşi fuseseră şi perioade lungi de timp în care nu se mişcase, dar nici nu adormise. Apoi, pe un ton calm, a spus că era atât de ciudat; trebuise s-o respingă, nu-şi dorise să facă acest lucru şi, totuşi, *el* era cel care se simţea abandonat.

— Mi se pare că-i aşa de ciudat, pentru că în trecut nu lăsam pe nimeni să se-apropie de mine sau le trânteam uşa în nas, iar asta-mi dădea un sentiment de satisfacţie. Voiam să le rănesc. Pe Joyce însă nu voiam s-o rănesc. O iubesc. Trebuia s-o fac, dar nu sunt sigur că pot să supravieţuiesc faptului c-am făcut-o.

— Cred că dacă bebeluşul de un an din tine ţi-ar putea vorbi despre cum trebuia s-o respingă pe mama ta din cauza depresiei şi a răcelii ei, exact asta ar spune.

— Că eu a trebuit s-o resping şi tot eu mă simţeam abandonat?

— Da, aşa cred.

— Are atâta sens ce spui. Mama mea nu era o femeie rea, era…

În acest punct, a rămas în tăcere, iar apoi a plâns încă o oră. Era prima oară în toţi anii de când îl cunoşteam când exprima orice fel de sentiment faţă de mama sa, iar acum se afla în adâncurile unei suferinţe de doliu până la acest moment amânate.

Am avut senzaţia că ora 18: 00 a venit prea devreme. L-am anunţat cu vreo cinci minute înainte de încheierea şedinţei. I-am spus că aş prefera să meargă direct acasă, să mănânce ceva şi să se culce devreme şi că ne vom revedea dimineaţa următoare la ora 9: 00. N-a spus niciun cuvânt şi a ieşit din cameră gârbovit, părând stors de energie.

A ajuns la timp a doua zi de dimineaţă şi mi-a spus că după zece minute după ce mâncase ceva uşor, se băgase în pat şi dormise douăsprezece ore. Ştiam din experienţă că aceasta era o consecinţă foarte comună a unei şedinţe de-o zi întreagă. Pacientul este epuizat în urma analizei şi, de obicei, doarme pe tot parcursul nopţii.

Şi-a cerut scuze şi mi-a spus că nu-i trece nimic prin minte. A urmat cam jumătate de oră de tăcere, a băut dintr-o sticlă de apă, apoi a mers la toaletă, s-a întors şi părea calm.

— Mă gândesc la cum respingerea mi-a devenit abandon. Cred că am practicat asta toată viaţa. Greşit. Cred că am practicat-o pe vremea când eram copil pentru o perioadă îndeajuns de lungă încât să-mi devină o a doua natură. Numai că atunci îmi făcea plăcere să o fac, pentru că nu mai simţeam că eram abandonat, ci că alţii trăiau experienţa de a fi fost abandonaţi *de mine*. Le-am făcut foarte mult asta mamei şi tatălui meu.

— Are sens, nu-i aşa?

— Pentru că îmi dădea satisfacţie?

— Pentru că transformai o situaţie în care erai neajutorat într-una în care deţineai controlul.

— Uau, asta chiar explică multe.

A rămas în tăcere timp de o oră. Scurtul nostru schimb de replici este tipic acestui tip de travaliu. Acesta era momentul în care era pregătit să înţeleagă cum personalitatea sa se structurase în jurul unei apărări faţă de experienţa emoţională a abandonului. Când un pacient ajunge la acest tip de insight, obişnuiesc să îl ajut să vadă care a fost sensul apărărilor sale din copilărie.

Am mai descoperit şi faptul că, în timpul unei prăbuşiri psihice, pacienţii pot integra numai o anumită doză de interpretare, după care au nevoie de lungi perioade de tăcere. Acestea nu sunt momente de introiecţie; nu cred că ei iau propriu-zis ceva înăuntru din ce-a spus analistul. Mai degrabă, cred că ceva cunoscut, dar nu gândit (cunoscutul negândit) este eliberat datorită comentariului analistului. De aceea, este foarte important ca analistul să dispară ca prezenţă interpretativă, să-i acorde pacientului timp pentru întregul proces de apariţie al cunoscutului negândit, trecând prin amintiri, experienţe emoţionale şi asociaţii libere.

A venit ora prânzului şi am reluat după o oră.

Mark a tăcut o vreme, iar apoi a început să vorbească despre Joyce.

— Cred c-am ales-o pe ea pentru c-o puteam iubi. În pauză, mi-a venit în minte o întrebare: „De ce-am iubit-o atât de mult?” Şi ştiu că motivul era că îi puteam simţi vulnerabilitatea, o vedeam cum se luptă cu ceva impenetrabil şi o iubeam pentru asta.

— O vedeai cum se luptă cu tine.

— Cu răceala mea.

— Da.

— Şi mi-a supravieţuit şi a continuat să încerce şi nu s-a dat niciodată bătută.

Această afirmaţie a fost urmată de încă o tură de plâns, iar apoi, după vreo cincisprezece minute, a

continuat, spunând:

— O iubeam, dar mă distrugea. Era prea mult.

— Cred c-ai încercat din nou şi din nou, când erai mic, să creezi o conexiune cu mama şi cu tatăl tău. Iar, după o vreme, ai simţit că asta te distrugea şi ai renunţat. Joyce e prima persoană cu care ai împărtăşit experienţa asta, iar ea era, într-un fel, oglinda ta.

— Era în locul meu.

— Da, cred că da.

— Eu cred că ştiu că da. Cele mai îngrozitoare momente erau când îmi dădeam seama că începeam să… să… of…

— S-o urăşti?

— Da, s-o urăsc. Credeam că e bine să se-ntâmple asta. Părea s-ajute. Cred că voiam să continue.

— Ca întotdeauna, ar fi făcut lucrurile mai uşoare.

— Da, şi… dar…

— Nu funcţiona, pentru c-o iubeai.

Mark a plâns din nou mult timp. Apoi, vreo două ore, a rămas în tăcere şi părea să fie pe gânduri. S-a ridicat de două ori şi a mers la toaletă; apoi a desfăcut o nouă sticlă de apă şi a băut-o pe toată. Fireşte că ştia că simt în încăpere, dar era pierdut într-o lume cu totul a lui şi părea să nu fie nicio nevoie de a ţine cont de prezenţa mea sau de a face gesturi sociale de curtoazie. Îmi amintea de copiii mei, pe vremea când erau în pătuţurile de bebeluş și nu făceau decât să se uite prin jur şi să pară mulţumiţi.

După o lungă perioadă, mi-a spus că i se părea că se simte bine. A vorbit despre de ce ştia că trebuise s-o părăsească pe Joyce şi a enumerat motivele pentru care imaturitatea şi impulsivitatea ei erau pur şi simplu prea înnebunitoare. Mi-a spus că acum ştia că putea iubi şi că putea avea o relaţie, iar apoi a ajuns la o temă pe care eu o enunţasem de multe ori de-a lungul analizei: că observasem cum, treptat, făcuse din ce în ce mai mulţi paşi înspre a-şi găsi o parteneră potrivită. A continuat prin a-mi spune că era de părere că aveam dreptate. Nu mai avea de

gând să piardă timpul cu orice femeie; va găsi pe cineva care să i se potrivească.

Vocea şi gestica i se schimbaseră. Depăşise prăbuşirea psihică. Mi-a spus că în ultimele două nopţi se simţise mai epuizat decât se simţise vreodată şi că dormise profund, simţind că somnul în sine îl vindeca. În jur de ora 16: 00, a început să se agite şi i-am spus că mi se pare că a ieşit din criză şi că atmosfera din cameră era diferită.

— Până acum cam jumătate de oră, n-am avut niciun sentiment al trecerii timpului aici. M-am ridicat numai ca să mă duc la toaletă. Când mi-ai spus prima oară că era ora prânzului, am avut senzaţia că nu eram aici decât de câteva minute şi că timpul pur şi simplu zburase. N-aş fi crezut niciodată că mi-aş mai putea reveni după pierderea lui Joyce, aşa că sunt destul de uimit că am putut s-o fac.

— Ţi-am dat timp, şi tu ţi-ai dat timp.

— Ei bine, da, e adevărat. Săptămâna trecută, eram cuprins de panică. Aveam coşmaruri îngrozitoare şi un sentiment de pierdere intolerabil. Credeam că nu voi putea să-i supravieţuiesc.

— Da, ai exprimat cu siguranţă pierderea ei aici, iar asta a onorat sentimentele pe care i le-ai purtat.

— Da, e un mod ciudat de-a pune problema, dar pertinent. Am încercat din răsputeri să fac lucrurile să meargă cu ea, dar ea nu putea s-o scoată la capăt. Sper că-i va fi bine.

A vorbit apoi despre Joyce şi despre cum o putea ajuta în lunile următoare. Ea nu se descurca prea bine, iar el se gândea cum ar putea să-i ofere un ajutor financiar, menţinându-se totuşi la distanţă.

Mai având la dispoziţie cam o oră, i-am spus că mi se părea că ne-am îndeplinit sarcina şi că putem să reluăm analiza la telefon în două zile. Mark a spus că era în regulă. La 18: 00, s-a ridicat, ne-am strâns mâinile, mi-a spus „îţi mulţumesc foarte mult”, iar eu i-am răspuns: „Ţine de meseria mea”. A ieşit pe uşă, iar eu mi-am făcut valiza şi am plecat spre aeroport.

CAPITOLUL?

Istorii şi *après-coup* în cadrul eseurilor anterioare, am făcut distincţie între trecut şi istorie.[10] Trecutul constituie experienţa brută, trăită de noi înşine, pe parcursul existenţei noastre de fiinţe între alte fiinţe. Dar faptele vieţii noastre nu au o mare semnificaţie, atâta vreme cât şi până când nu sunt supuse transformării inconştiente. Niciun act comis de noi, niciun act comis asupra noastră, niciun eveniment din trecutul nostru nu deţine o semnificaţie atâta vreme cât nu îi acordăm noi una. Cu toţii avem un trecut, dar nu toţi avem o istorie.

Unii oameni s-au gândit mult la trecutul lor; şi-au creat *istorii*. În psihanaliză, acele istorii sunt importante, întrucât reflectă travaliul de transformare a experienţei trecute dintr-un lucru lipsit de semnificaţie în ordinele imaginar şi simbolic care generează sens. Este însă posibil ca aceste istorii să fie suprasaturate cu amăgiri de sine al căror scop este adesea, dacă nu mereu, de a distrage privirea de la elementele dureroase din trecut. Aşadar, o parte din munca psihanalitică este una de reconstrucţie a multora dintre istoriile sinelui sub forma unei versiuni revizuite, co-construite, care este produsul analizei.

Păstrând în minte faptul că nu vom înţelege vreodată decât o mică parte din psihicul nostru, este îmbucurător faptul că actul istoricităţii pare să extragă informaţii din inconştient. Una dintre funcţiile inconştientului este de a depozita experienţele tulburătoare ale sinelui-copil până la momentul din viitor în care vor fi transformate în naraţiune şi în conţinut conştient. Este ca şi cum impactul realului este reţinut inconştient şi i se acordă o prioritate psihică, astfel încât, dacă devenim istorici ai sinelui, la un moment ulterior al vieţii, aceste zone ne sunt trimise cu specificarea de „predare urgentă” Cu siguranţă că prezenţa analistului, care nu doar că îşi prezintă interesul faţă de trecut, ci face o meticuloasă trecere în revistă a

10 Vezi Bollas, Christopher (1995). „The fonctions of history", în Bollas, Christopher, Cracking Up. New York: Hi11 & Wang, pp. 66-100. (N.a.)

evenimentelor recente, pentru a crea apoi legături între acestea şi istoria din vechime, afectează inconştientul analizândului şi deschide poarta către eliberarea din biblioteca inconştientului a materialului de sursă primară.

Istoria realcătuită pe parcursul prăbuşirii psihice a unui individ este de obicei una foarte clară. Este simplu să-i explicăm acestuia de ce se află într-o criză. O prăbuşire constituie un gestalt paradoxal: un moment de fragmentare a sinelui reprezintă, în acelaşi timp, un moment de reînchegare în interiorul sinelui, în cele din urmă, efectul este mai degrabă unul de constituire decât unul de fisurare. Cu toate acestea, întrucât acum se autoafirmă forma adevărului sinelui, strategiile utilizate anterior pentru a-l amâna, a-l evita şi a-l menţine cu orice preţ la distanţă încep să se prăbuşească, iar acest lucru alarmează Eul, al cărui scop este de a apăra şinele de pericolele endopsihice.

Acesta este unul dintre acele momente în care interesele Eului şi cele ale sinelui se află în conflict. Pentru sine, are loc începutul emergenţei unui adevăr, sub forma unei crize existenţiale impregnate cu semnificaţie latentă. Pentru Eu, această irumpere este resimţită drept o ameninţare asupra apărărilor de mult stabilite împotriva forţei inevitabile a ieşirii la suprafaţă a acelui adevăr.

În momentul prăbuşirii psihice, are loc întâlnirea dintre două forme de trecut: trecutul imediat, al evenimentului care marchează instalarea crizei; şi copilăria pacientului. Condensarea evenimentului critic care a pus şinele în mişcare, pe baza aceluiaşi mecanism utilizat în formarea viselor, necesită o deconstrucţie prin asociere liberă şi o saturare emoţională, înainte de a-i putea fi spusă povestea. Pe măsură ce are loc acest travaliu, experienţa recentă notifică multiplele stadii din trecutul sinelui cu privire la faptul că acum a venit timpul libertăţii de informare, ceea ce conduce la formarea de legături între trecutul recent şi copilărie.

Ne-am putea aştepta ca această descoperire să aibă

un efect revelator, dar, în fapt, am descoperit că se întâmplă altceva. Deşi întâlnirea dintre cele două forme de trecut este profundă şi emoţionantă, conţinutul nu este în general unul surprinzător.

Mark şi-a construit apărări pentru a nu le permite oamenilor să pătrundă în interiorul său, din cauza faptului că avusese o mamă paranoidă. Ştie să facă acest lucru. Apoi se îndrăgosteşte, îi permite iubitei să se apropie de el, ea pleacă, iar el se prăbuşește. La prima vedere, motivele prăbuşirii par destul de evidente şi totuşi, într-o manieră care ne dă de gândit, deşi astfel de explicaţii se poate să nu fie noi, pe măsură ce analistul şi analizândul exprimă aceste descoperiri simple în cadrul noii situaţii, majoritatea analizanzilor găsesc că trecutul li se prezintă sub o nouă formă; una în care este reafirmat sau povestit într-un mod diferit. Pare că, în acest punct, nu conţinutul trecutului este cel terapeutic, ci *actul de creare a istoriei*, ce are valenţe generatoare şi transformatoare.

Aşadar, care este natura experienţei amânate, care ajunge în cele din urmă să cauzeze o prăbuşire psihică?

Într-o lucrare mai veche, susţineam că un copil care se află în interiorul unui eveniment psihic tulburător îi va aplica acestuia un stop-cadru.[11] Această activitate inconştientă are scopul de a lega experienţa şocantă, păstrând-o pentru o revizitare ulterioară. Aceasta nu este decât o manieră de a reafirma teoria lui Freud cu privire la traumă (*Nachträglichkeit*), în care inconştientul reacţionează la un şoc amânându-i impactul până la momentul la care copilul are capacitatea de a-l trăi, atât psihic, cât şi emoţional.

Evenimentele obişnuite ale copilăriei sunt pe deplin deschise la recitiri inconştiente, care pot transforma cotidianul în conţinuturi şocante. Să fii obligat să cânţi în faţa întregii clase, să fii obligat să te lupţi corp la corp cu

11 Vezi Bollas, Christopher (1989). „Historical sets and the conservative process", în Bollas, Christopher, Forces of Destiny. London: Free Associations Books, pp. 193-210. (N.a.)

un alt copil, să ţi se fure pacheţelul de mâncare... este posibil ca acelui copil să-i fie imposibil să le povestească aceste lucruri părinţilor, dar experienţa sinelui va fi de neşters.

Alex, în prima şedinţă de după intrarea în criză, a început prin a-şi reaminti un moment când se afla la cinema, pe vremea când avea 12 ani. O sărutase pe prietena lui, care stătea lângă el. Un coleg de clasă care avea locul în spatele lui, a spus: „Alex nu ştie să sărute!” Imediat cum aceste cuvinte au fost rostite, a simţit un soi de frământare de şoc în tot corpul, din cap până-n picioare. I s-au înmuiat picioarele, aproape că s-a scăpat pe el, abia mai reuşea să stea drept pe scaun şi, când s-a terminat filmul, tot ce se putea gândi era cum va reuşi să se ţină pe picioare când va ieşi din cinematograf fără să se prăbuşească.

Deconstruirea motivului pentru care acesta fusese un asemenea şoc ne-a luat ceva timp în analiză, dar, în cele din urmă, şi-a amintit că, atunci când avusese loc evenimentul, se gândise că acesta i-a schimbat viaţa, că nu ştia ce să facă şi că nimic nu va mai fi vreodată la fel.

În cartea mea *The Freudian Moment*, susţineam că descoperirea psihanalizei, în mod deosebit a „perechii freudiene” (asocierea liberă a analizândului şi ascultarea liberă a analistului) 13 a constituit realizarea unei preconcepţii filogenetice.14 Timp de mii de ani, bărbaţi şi femei căutaseră inconştient exact acest tip de relaţie, în care să-şi poată pune în cuvinte visul faţă de un altul, care să îi asculte şi apoi să extragă propria cunoaştere inconştientă a individului asupra semnificaţiei lui, prin procesul asocierii libere. Termenul „psihanaliză” constituie conceptualizarea acestei realizări şi, ca semnificant, indică un proces care are loc în cadrul unui anumit tip special de relaţie.

Consider că un copil care este lăsat mut de un eveniment tulburător din realitate are un sentiment inconştient sau o preconcepţie cu privire la faptul că, într-o

bună zi, va putea apela la un celălalt empatic, pentru a da sens acestei experienţe. (Este posibil ca această aşteptare să se bazeze pe figuri existente, importante în viaţa sa, precum nişte bunici buni; oameni bătrâni, ca din basme, care par nesfârşit de iubitori şi de înţelepţi. Nu există numai o credinţă inconştientă că acest altul îşi va face apariţia, ci va exista şi o căutare pentru a găsi o asemenea persoană, în a cărei prezenţă pot fi eliberate acele stop-cadre, pentru a fi apoi conceptualizate şi, nu în cele din urmă, înţelese.

13 Vezi Bollas, Christopher (1995). „The functions of history", în Bollas, Christopher, *Cracking Up*. New York: Hi11 & Wang, pp. 66 – 100. (N.a.)

14 Vezi Bollas, Christopher (1989). „Historical sets and the conservative process", în Bollas, Christopher, *Forces of Destiny*. London: Free Associations Books, pp. 193 – 210. (N.a.)

Această preconcepţie pare deseori a se realiza atunci când individul se îndrăgosteşte. Dată fiind promisiunea iubirii şi a sentimentului îmbătător creat de această relaţie, nu este neobişnuit ca el să materializeze stări depozitate ale sinelui, sub forma unor mărturisiri intense făcute partenerului. Problema este însă că, deşi partenerul se poate simţi iniţial gratificat şi privilegiat pentru a i se fi dăruit astfel de secrete preţioase, se poate să nu treacă prea multă vreme până să se simtă tulburat de ele şi să nu fie sigur ce-i de făcut. Nu este îndeajuns ca partenerul să-şi fi „luat piatra de pe inimă", întrucât nu a existat nicio abreacţie a afectului îngropat în eveniment. Acesta trebuie să fie trăit în prezenţa altuia, care să-l transforme într-un conţinut cu semnificaţie. În mod obişnuit, acest lucru este prea mult pentru un partener – deşi mulţi încearcă –, iar stresul creat de o asemenea situaţie se poate dovedi a fi prea mult pentru cuplu, care se poate chiar destrăma sub această presiune.

În lumea terapiei, mulţi adulţi vor căuta persoane care şi-au asumat disponibilitatea de a primi, a conţine şi a

procesa aceste stări depozitate ale sinelui. Cu toate acestea, până la momentul acela, deşi unii îşi vor aminti evenimentul originar care a produs perturbarea, mulţi nu şi-l amintesc. Se poate ca acesta să fie prezent sub forma unui sentiment a ceva despre care ei ştiu că se află în interiorul lor, dar un ceva care nu poate fi gândit.

Cu toţii suntem alcătuiţi din cunoscut negândit. Cunoaştem lumea vremurilor când eram bebeluşi, precum şi pe cea a primilor ani ai copilăriei, prin intermediul trăirilor inconştiente, înainte de a achiziţiona limbajul, ne lipsesc instrumentele psihice de a gândi experienţele pe care le trăim, astfel că le depozităm în categorii de reprezentări non-verbale – jocul luminii, sunetul unei voci – alcătuite din unităţi psihosomatice. În timp, acestea se pot conecta una cu alta, formând baza experienţei emoţionale şi a fantasmelor inconştiente.

De obicei, odată ce a fost achiziţionat limbajul, aceste stări preverbale ale sinelui sunt transferate în ordinul simbolic. Aceasta înseamnă că o experienţă timpurie tulburătoare se va ataşa unor cuvinte, care îi vor purta apoi semnificaţia pentru restul vieţii persoanei. Spre exemplu, un pacient spunea că de câte ori auzea cuvântul „banana”, era cuprins de un soi de senzaţie de rău. Nici nu se uita la banane în magazine, pentru că-l deranja cum suna cuvântul. A durat multă vreme ca acest cuvânt să poată fi deconstruit, până la a i se clarifica semnificaţiile. „Ba” însemna „Bleah!” „Nana” însemna „Nu, nu, nu!” Deci, „banana” purta o semnificaţie dispreţuitoare, puternică, a unui „Bleah! NU!” din partea celuilalt. Constituia literalmente un eveniment care-i întorcea stomacul pe dos acestui pacient şi, de fiecare dată când auzea cuvântul, faţa i se schimonosea de repulsie. Aceasta constituie o expresie corporală preverbală a unei stări a sinelui; o experienţă infantilă a fost transferată în cuvântul „banană”, pentru că acest cuvânt capta aspectele acelei experienţe, fiind apoi menţinut în ordinul simbolic, pentru depozitare şi o ulterioară înţelegere.

Aşadar, se poate ca oamenii să se adreseze unei psihoterapii înaintea unei prăbuşiri psihice, pentru că au un sentiment, desprins din cunoscutul negândit, că un ceva tulburător este pe cale de a lua o anume formă de reprezentare. Experienţa emoţională care constituie eliberarea cunoscutului negândit în cadrul terapeutic reprezintă împlinirea unei promisiuni inconştiente pe care copilul o face faţă de sine. Când în sfârşit există cineva acolo care să primească conţinuturile inexplicabil de dureroase, pe cele pline de confuzie, pe cele terifiante, majoritatea oamenilor, aflaţi acum sub imperiul unor stări ale sinelui extrem de tulburătoare, vor suferi o prăbuşire psihică.

Aceasta ne aduce la des repetată remarcă antipsihanalitică, conform căreia psihanaliza conduce la o înrăutăţire a lucrurilor sau chiar constituie o boală care se autoproclamă a fi de fapt un tratament. Nu încape îndoială că, în multe cazuri, atunci când oamenii se adresează unei psihanalize, acest eveniment va pune în mişcare traumele psihice, înspre o realizare psihică şi, mai apoi, o înţelegere. Şi fără îndoială că structura procesului psihanalitic este astfel construită încât să provoace această emergenţă, tocmai pentru a o conţine şi a o transforma. Cu toate acestea, este incorectă sugestia că psihanaliza constituie cauza crizei. Astfel de prăbuşiri vor avea loc oricum în cele din urmă, fie pe baza acţiunii de evocare din cadrul relaţiei fie când are loc un nou şoc pentru sine în cadrul realităţii externe.

Una dintre sarcinile cele mai importante cu care se confruntă analistul este de a descoperi în cel mai mic detaliu evenimentul care a precipitat prăbuşirea psihică a pacientului. Odată ce evenimentul a fost deconstruit şi analizat meticulos, analizândul se poate redirecţiona, dinspre o poziţie de haos psihic, durere şi profundă anxietate, înspre tărâmul înţelegerii istorice.

Chiar şi atunci când devine clară maniera în care inconştientul persoanei a interpretat evenimentul, acest

fapt nu rezolvă automat anxietăţile prezente. Ce se realizează însă este startul unui proces de legare – conţinerea şi organizarea anxietăţilor –, care constituie efectul formal al înţelegerii interpretative. Actul interpretării oferă noi idei care să fie gândite şi, în plus faţă de *conţinutul* pe care îl furnizează, reprezintă şi un mod de a da *formă* lucrurilor dezvăluite din inconştientul pacientului. De vreme ce haosului i se creează o structură, acest efect formal are o importanţă profundă pentru Eu, întrucât acesta este în primul şi în primul rând preocupat nu de semnificaţie, ci de organizare.

Acestea fiind spuse, dacă interpretările nu vor fi suficient de corecte, procesul de legare nu va fi unul de succes. Dacă analizândul este înţeles greşit, acest fapt va ameninţa să creeze o falsă organizare, care îi va spori anxietatea şi neîncrederea în capacitatea de susţinere a analistului. Acesta este motivul pentru care am subliniat necesitatea de meticulozitate în colectarea detaliilor evenimentului, înainte de a se putea descoperi treptat tiparele de semnificaţie, dezvăluite prin intermediul procesului de asociere liberă şi a continuării investigării analitice.

Din experienţa mea, evenimentul precipitator încapsulează în mod invariabil fragilitatea inconştientă a pacientului. Odată înţeles, acesta serveşte ca portal psihic. Dacă pacientul se află de ceva vreme în analiză, avem speranţa că vor exista multe fire care se vor conecta prin acel portal, fire deja familiare analistului şi pacientului. Prin porţile percepţiei interne, aceste fire vor lega împreună trecutul pacientului, circumstanţele sale prezente şi structura psihică a sinelui.

CAPITOLUL 8

Timpul

Mai mult decât orice, un pacient care suferă o prăbuşire psihică are nevoie de *timp*.

Prăbuşirii psihice trebuie să i se acorde timp de desfăşurare, în cadrul unei relaţii umane, în care celălalt

este acolo pentru a asculta şinele şi a nu fugi de acesta. O astfel de experienţă conferă un profund sentiment de siguranţă părţilor din pacient care sunt cuprinse de panică. Dar pentru ca acest lucru să aibă loc, trebuie să le fie amândurora clar că analistul este pregătit să rămână pe poziţii indiferent cât timp le va lua. A se da bătut nu este o opţiune.

Într-o şedinţă analitică tradiţională, care durează 45 sau 50 de minute, există o limită spaţio-temporală care constituie cadrul analitic. Acest cadru dobândeşte el însuşi o semnificaţie; deţine o structură, *o formă*, asemenea celei a unei poezii, a unei compoziţii muzicale sau a unui ritual. Orice este spus sau pus în scenă se va dezvălui în limitele formei cadrului şi, astfel, va fi modelat de acesta.

Analizândul poate să rămână în tăcere timp de câteva minute sau să flecărească un pic, înainte ca şedinţa să se redirecţioneze de la realitatea socială la realitatea psihanalitică. Analizândul vorbeşte acum ca o formă de ascultare a sinelui, pe măsură ce gândirea inconştientă îşi face apariţia prin intermediul asocierii libere. Analistul se cufundă în procesul de ascultare profundă şi, din vreme în vreme, „recepţionează în acest fel inconştientul pacientului cu propriul lui inconştient”, descoperind legături în înlănţuirea de idei, percepând logica experienţei emoţionale sau discernând mişcările personalităţii în cadrul transferului.[12] Acestea pot conduce la o interpretare sau la o serie de observaţii care, la rândul lor, invită analizândul la a da un răspuns. Se poate ca cei doi să lucreze o vreme în această manieră: au loc momente de tăcere, şedinţa se încheie şi amândoi aşteaptă până la următoarea şedinţă, când acelaşi proces va avea loc într-o formă diferită, cu conţinuturi diferite, dar în acelaşi cadru.

Punând în discuţie cea mai neobişnuită formă de tratament *9 9*

---

12 Termenul „ascultare liberă" a fost introdus de Adam Phillips, iar eu l-am adoptat Vezi Phillips, Adam (2002). Equa/s. London: Faber& Faber, p.31. (N.a.)

pe care am prezentat-o aici – şedinţa de o zi întreagă – este clar că, deşi mediul de lucru este tot cel al psihanalizei, cadrul temporal este radical modificat. Pe măsură ce trec orele, forma familiară se va dizolva; logica ritmică a şedinţei de 45 de minute va fi treptat înlocuită de un alt ritm. Timpul nu mai este un factor atât de tangibil în interiorul şedinţei; analizândul nu se mai află în aceeaşi măsură sub auspiciile timpului. Ritmul care emerge, o temporalitate necunoscută, va fi acum determinat de starea psihică a analizândului şi de adevărul nevoilor sale interne.

Complexul de problematici care îşi fac acum apariţia în planul conştient nu ar putea fi întru totul articulat în limitele timpului acordat unei şedinţe tradiţionale. Redirecţionarea dinspre legile cadrului înspre cererile impuse de *après-coup* sau de nevoile Eului îi transmite inconştientului că psihanaliza a înţeles o necesitate pentru această reorientare temporară.

Analizândul realizează că există timpul şi spaţiul necesar pentru ca suferinţei sinelui să-i fie acordată o ascultare deplină. Acesta simte o diminuare a sentimentului de urgenţă, a presiunii de a spune cât mai multe posibil din ceea ce este de spus. Timpul pare să se deschidă, iar spaţiul psihic îşi extinde capacitatea de conţinere şi de procesare a plenitudinii conţinuturilor psihice şi a stărilor emoţionale care vor ieşi la suprafaţă.

Toate acestea permit interludii interne mai extinse, perioade de trăire internă intensă, în care analizândul se pierde în gândire şi simţire, destul de puţin conştient de prezenţa analistului. Pot trece ore întregi în care pacientul să-şi menţină această stare psihică.

Ceea ce deduc, atât din observaţiile mele, cât şi din propria-mi intuiţie, este că, în mod paradoxal, în mijlocul unei asemenea suferinţe, acestea constituie nişte clipe de pace profundă, iar pacienţii mi-au mărturisit ulterior că interludiile de acest fel au reprezentat cea mai importantă parte a întregii experienţe, îmi spun că a fost o stare

înrudită cu visarea lucidă, cu viziuni ocazionale asemănătoare halucinaţiilor sau cu amintiri eidetice, întreţesute cu imagini lucide trecătoare întruchipându-i pe ei înşiși, pe mamele sau taţii lor ori chiar propria viaţă. Simţeau că se află în interiorul unui proces în mişcare. Nu le-a trecut câtuşi de puţin prin minte să vorbească în perioadele când se aflau în acea stare şi nici nu s-au aşteptat ca eu să spun ceva.

Atunci când am oferit pentru prima dată posibilitatea acestei analize extinse, nu aveam de unde să ştiu cât de mult timp ar putea trebui să dureze intervenţia. În fapt, probabil singura surpriză de proporţii pe care am avut-o a fost cât de scurtă a fost durata acestor crize. Am descoperit că, atâta vreme cât reuşim să ne prindem analizândul înainte de a cădea, etapa severă a prăbuşirii se dovedeşte a fi incredibil de scurtă. Nu a fost niciodată nevoie să continui şedinţele de o zi întreagă mai mult de trei zile la rând.

De-a lungul timpului, am ajuns să realizez că până şi cea mai violentă prăbuşire psihică îşi va urma cursul şi am mai descoperit că astfel de colapsuri sunt în general clar etapizate, având un început, o perioadă de mijloc şi un final. Secvenţa de evenimente psihice care se desfăşoară pare să aibă o legătură cu temporalitatea Eului. Există un sentiment interior al Eului că a fost iniţiată o activitate, una care deţine parametri şi reguli, un obiectiv şi o metodă prin care să fie dusă la bun sfârşit. În aceeaşi măsură în care Eul este creatorul de tipare al inconştientului, el constituie şi agentul care percepe tiparele din viaţă.

O dimensiune curativă care-i priveşte pe cei aflaţi într-o prăbuşire psihică este menţinerea conexiunii persoanei cu viaţa şi viitorul acesteia.

Eul bebeluşului este înlocuit de Eul copilului, apoi de Eul adolescentului, apoi de cel al adultului şi al tuturor stadiilor ulterioare ale vieţii. Aceasta reprezintă o organizare care, în timp, îşi dezvoltă propriul simţ cu privire la sarcinile cu care se confruntă în prezent,

structurând complexele psihice pe care le moştenește din trecut şi imaginând etapele care vor urma. Această capacitate de a simţi viitorul ar putea fi una filogenetică, o parte a inconştientului colectiv ori a cunoaşterii întipărite în creier.

Cu toţii am făcut o investiţie psihică în viitor. Avem nevoie de ea pentru că viaţa este dificilă. Experienţa umană – urmarea parcursului propriei vieţi – este plină de neaşteptat, de neanticipat, de bine sau de rău. Viitorul nu este doar un moment imaginar, este un ţel al Eului: de a conduce şinele prin prezent, înspre ceea ce va să vină. Fiecare secundă a existenţei noastre îndeplineşte acest scop: imediat ce viitorul a fost atins, este transformat în trecut. Individul simte că se află în mişcarea vieţii, iar acesta este un lucru bun. Eul simte parcursul vieţii sinelui ca pe o structură temporală.

Dacă le-aş fi spus acestor pacienţi la început: „Uită de viitor. Uită de viaţa ta. O să stăm să ne ocupăm de asta şi dacă ne ia ani întregi”, pacienţii ar fi avut reale motive să interpreteze astfel de afirmaţii nu drept încredere, ci drept omnipotenţă, fapt ce le-ar fi sporit anxietatea. Încă mai important, s-ar fi renunţat la o relaţie cu obiectul curativă esenţială. Eu şi pacienţii mei am avut întotdeauna în minte faptul că exista o lume care-i aştepta, în care ei urmau să se întoarcă. Aveau sentimentul că viitorul va fi un loc bun de şedere în săptămânile ce vor urma, odată ce vor fi reuşit să depăşească elementele din trecut care îi ţineau pe loc.

Odată ce Eul acceptă prăbuşirea apărărilor în analiză, anxietăţile sale semnal şi anxietăţile primare sunt domolite de procesul psihanalitic. Eul dezgheaţă sursele durerii psihice, astfel că sinele este acum impregnat de adevăruri emoţionale. Pe măsură ce analistul indică aprecierea faţă de capacităţile Eului, persoana poate realiza că deţine atribute şi metode de a gestiona viaţa care constituie surse de putere. Acest fapt le permite sinelui şi Eului să opereze pe baza acelei abilităţi negative

pe care am putea-o numi *credinţă a Eului*.

Să comparăm acest lucru cu situaţia schizofrenicului. Una dintre tragediile schizofreniei cronice este că ceea ce operează acolo nu este decât funcţionarea primitivă, nucleară a Eului, iar aceasta nu este una pe care să ne putem baza. Trecutul este un vis, iar şinele nu doreşte să şi-l amintească sau să-l pună în cuvinte, pentru că acest fapt ar transforma visul într-un coşmar.

De vreme ce viitorul nu există decât ca o gaură neagră, şinele încearcă să trăiască într-un prezent de trezie permanent: cu ochii pironiţi în televizor, stând pe un fotoliu, mergând pe un hol, defecând, urinând, mâncând… aceste momente nu se disting în timp unele de celelalte, ci fac parte dintr-o nesfârşire. În toate aceste momente diferite, şinele se va comporta conform aceleiaşi mentalităţi; scopul său este numai de a fi şi de a nu fi tulburat. Noaptea este înspăimântătoare, dar medicamentele stau şi aşteaptă, fiind posibil să sedeze şinele, astfel încât să nu existe vise, să nu apară clipe de trezie în noapte, într-o lume absentă.

Comparată cu tragedia schizofreniei, persoana care suferă o prăbuşire psihică este norocoasă. Odată ce psihanalistul transmite faptul că experienţa terifiantă din prezent este una temporară şi nu va dura mai mult decât câteva săptămâni, Eul persoanei poate începe să-şi imagineze şi să-şi planifice viitorul. Şi, fireşte, planul se va schimba pe măsură ce ipotezele Eului se modifică în funcţie de transformările realizate în analiză.

CAPITOLUL 9

Experienţa emoţională

Atunci când o persoană suferă o prăbuşire psihică, procesul se poate îndrepta într-una dintre două direcţii.

În majoritatea cazurilor, pacientul şi analistul au timp să înceapă să facă legături istorice şi să exploreze semnificaţia evenimentului precipitator, înainte ca forţa deplină a prăbuşirii să preia controlul şi să creeze o situaţie de regresie profundă. Punându-i-se la dispoziţie

extinderea analizei, analizândul se îndreaptă lent către colaps.

Uneori însă, apariţia bruscă a unor emoţii copleşitor de puternice împiedică explorarea de către perechea analitică a istoriei recente şi trecute. În opinia mea, când se întâmplă acest lucru, este probabilă indicarea unei ieşiri la suprafaţă a unor experienţe ce îşi au originile înaintea achiziţionării limbajului. Acest fapt înseamnă că acel cunoscut negândit care este eliberat în aici şi acum nu poate fi istoricizat, cel puţin nu imediat.

În acest caz, trebuie respectată inteligenţa de prezentare a Eului. Dacă pacientul începe prin limbaj, reflecţie, reamintire a unor evenimente recente şi face legături între ele şi trecut, acest proces va face posibil ca experienţele emoţionale depozitate să-şi găsească o cale de expresie. Însă dacă pacientul începe de la adâncurile experienţei emoţionale, atunci analistul trebuie să accepte acest fapt şi să nu încerce să redirecţioneze situaţia; spre exemplu, insistând asupra punerii în discuţie a evenimentului precipitator.

Vom explora acum mai în detaliu natura experienţei emoţionale în timpul prăbuşirii psihice, dar mai întâi ne-ar folosi să stabilim câteva distincţii.

O emoţie nu este un afect.

Un afect este un eveniment intern singular, de obicei o stare psihic-corporală, precum anxietatea, exaltarea, furia sau groaza.

De fapt, nu există aşa ceva precum *o* emoţie; există doar *experienţe emoţionale*, care constituie condensări ale multor elemente interne. O experienţă emoţională este o organizare, foarte similară unui vis.

Teoreticienii ataşamentului au scris foarte mult despre afecte şi despre cum sunt acestea reprezentate în viaţa adultă. Este o perspectivă utilă, dar este important să nu-i uităm limitările. Teoria afectului descrie stările sinelui unui bebeluş: satisfacţie, distres, anxietate, panică, furie ş.a.m.d. Pe măsură ce bebeluşul creşte, el începe să

dezvolte experienţe emoţionale mai complexe. Spre exemplu, învaţă că mama sa nu este doar furnizoarea hranei şi a îngrijirii corporale, ci şi o persoană cu obiceiuri şi stări afective. El va mai afla şi că propria sa fiinţă este o variabilă fluctuantă.

Există unele experienţe emoţionale îndeajuns de previzibile. Spre exemplu, pe măsură ce bebeluşul se apropie de ora unei mese, o vede pe mami pregătind mâncarea, iar acest lucru provoacă o serie de afecte, amintiri, dorinţe şi aşteptări. Întâmplările neanticipate singulare din cadrul a ceea ce, în rest, constituie o rutină – un apel telefonic, o durere de burtică, mami scăpând pe jos o linguriţă şi înjurând – vor aduce în mod invariabil contribuţii aleatorii la secvenţa de evenimente. Toate acestea fac parte dintr-o relaţie din ce în ce mai rafinată cu celălalt. O experienţă emoţională, în perioada pruncului, precum şi în stadiile ulterioare ale vieţii, este, mai mult decât orice, *o experienţă în mişcare*. Poate fi simplă sau complexă, plăcută sau neplăcută şi, cel mai adesea, va fi una mixtă. Spre deosebire de afecte, experienţele emoţionale nu pot fi observate. Se poate ca acesta să fie motivul pentru care acest concept tinde să fie pus în plan secund, în cadrul psihanalizei contemporane, faţă de teoria afectului. În ultimii ani, analiştii s-au aplecat din ce în ce mai mult asupra a ceea ce este evident şi observabil, fapt păgubos, întrucât mintea umană nu este niciuna, nici alta, ci este înţesată de ceea ce Hannah Arendt a denumit „elemente invizibile”.

Atunci când un pacient aflat într-o prăbuşire psihică are o experienţă emoţională, el se află în interiorul unui eveniment intern. Acesta poate fi însoţit de semne externe, precum râsete, lacrimi, furie, neastâmpăr pe divan sau tipare de vorbire idiosincrazice, dar nu se va manifesta niciodată decât parţial, fie în propriul conştient, fie faţă de celălalt. Când vine vorba de emoţii, în comparaţie cu afectele, lucrurile nu sunt ceea ce par.

Într-adevăr, atât pentru pacient, cât şi pentru analist,

o experienţă emoţională constituie o provocare chiar mai mare în a fi înţeleasă decât un vis. În timp ce visul este un eveniment finalizat, reamintit din trecut, constituenţii experienţei emoţionale se află într-o permanentă mişcare. Includ toate categoriile de viaţă inconştientă: stări corporale, senzaţii corporale, dorinţe, derivate instinctuale, idei, fantasme, intervenţii ale realităţii, umbrele unor momente relaţionale, axiome disponibile ale organizării sinelui, cunoscutele negândite ale fiinţei noastre, emergenţa introiecţiilor noastre ş.a.m.d.

Fie că îşi fac apariţia brusc şi neanunţat, fie că se întâmplă după ce analistul şi pacientul au început să facă legături între evenimente din prezent şi din trecut, la un moment dat, experienţele emoţionale îngheţate în timpul psihic sunt eliberate şi dau năvală în prezent. Forţa brută a acestui impact este cel mai incredibil lucru la care am fost martor în munca mea clinică. Oricât de relaxat m-aş simţi, momentul în care afectul amânat explodează în încăpere este mereu unul copleşitor. Este ceea ce a fost şi este din nou acum. Nu are nevoie de niciun comentariu.

9

Durerea psihică ce însoţeşte suferinţa individului este acum eliberată prin intermediul memoriei, al înţelegerii şi al experienţei emoţionale evocate, iar analistul nu trebuie decât să fie acolo, să asculte şi să afle.

Aceste fenomene iau de obicei forma cea mai intensă în şedinţele de o zi întreagă, atunci când nu sunt constrânse de limitele timpului. Pare imposibilă exprimarea acestei intensităţi prin cuvinte şi sunt conştient că nu i-am făcut dreptate prin exemplele clinice oferite. Experienţa emoţională este extrem de complexă, implică întregul spectru al experienţei interne şi nu poate fi simplificată printr-o reducţie la o singură idee organizată. Este mai mult asemenea unui vis lipsit de conţinut manifest; o poezie lipsită de cuvinte; vântul adiind într-un peisaj şi animând lumea naturală. Îi permite vieţii emoţionale a analizândului să devină forţa de vindecare.

Atunci când derivă din acest nucleu de trăire profundă, asociaţiile libere sau afirmaţiile lucide ale analizândului se vor 9 9

modifica. Şinele care vorbeşte se va fi saturat în urma unor valuri prelungite de emoţie care nu vor fi niciodată puse ele însele în cuvinte, dar tot ceea ce i se va spune atunci analistului va fi saturat cu semnificaţie.

Privind retrospectiv la acest aspect al şedinţelor prelungite, unii analizanzi au spus că acel caracter fizic al încăperii le devenise esenţial, ca şi cum s-ar fi scăldat în lumină şi sunet. Ar putea aceasta să constituie o retrăire a vieţii intrauterine, când lumina şi sunetul erau trăite drept fenomene de sine stătătoare? Ar putea aceste lungi interludii private să furnizeze într-o oarecare manieră o renaştere a sinelui; o mişcare experienţială în care şinele se îndreaptă înapoi înspre amintirile cunoscutului negândit al vieţii fetale şi al experienţei infantile timpurii?

Asemenea amintirii istoriei lor şi a multor alte forme de contemplare reprezentaţională, chiar cred că, într-o prăbuşire psihică, analizanzii trăiesc experienţa elementelor de bază a ceea ce înseamnă a fi o fiinţă umană, lucrul în sine al existenţei lor. De aici absorbirea lor în fundamentele existenţei: sunet, lumină, culoare, miros şi imagini.

Acestea nu sunt momente potrivite pentru succesiuni de insight, pentru gălăgia dialogului, pentru exprimarea formaţiunilor personalităţii prin intermediul transferului şi al contratransferului. Într-adevăr, este ca şi cum aceste trăsături obişnuite ale analizei devin simple elemente secundare, în timp ce şinele se deschide în faţa dimensiunii fundamentale a *fiinţării*.

Fireşte, este multă durere aici; durere fundamentală a existenţei şi suferinţă endemică, specifică atributului de fiinţă umană. Oamenii plâng, ţipă, urlă, se zvârcolesc. Pun în funcţiune toate formele disponibile de a fi cine simt. Am putea să ne gândim la aceste stări nu ca fiind identificări proiective, ci *objectificări proiective*. În momentele de iad

ale unei prăbuşiri psihice, există clipe în care analizândul pare să se objectifice pe el însuşi, întrebând vreo divinitate de ce este el acel ceva care este. Totuşi, nu este proiectat nimic care nu este împărtăşit de toţi oamenii. Ceea ce este proiectat este acel ceva fundamental: „concreteţea" pe care o presupune a fi o fiinţă vie.

Este posibil ca lungile tăceri care urmează unor astfel de intensităţi să constituie recunoaşteri ale acestei concreteţi primare. O pacientă mi-a spus că toate aspectele care ţineau de a fi ea împingeau în sus, prin ea, înspre mintea ei; uneori, era ca şi cum ar fi fost într-un teatru, privindu-se ca pe o fiinţă aflată în permanentă preschimbare, formându-se şi transformându-se înaintea ochilor ei.

Aceste interludii experienţiale pot fi urmate de o revenire la angoasă, la atacuri asupra sinelui, produse de prăbuşirea psihică. Descrierea acestuia ca atac pare mai aproape de adevăr decât a sugera că oamenii se află pur şi simplu în conflict cu ei înșiși. Atunci când pacienţii îi vorbesc analistului, există aproape întotdeauna o rugăminte implicită de a îndepărta ceva care îi copleşește, ceva ce au purtat asupra lor întreaga viaţă. Acum că, în sfârşit, acel ceva se află în afara sinelui, îl pot vedea mai limpede, iar atunci când se cutremură din cauza suferinţei pe care le-a impus-o atâta vreme, vor să primească ajutor să scape de el. Objectifică proiectiv ceea ce înseamnă a se afla într-o formă umană reală de iad.

Aceste şedinţe prelungite par să permită o distorsiune temporală paradoxală. Ore de tăcere sunt resimţite drept clipe, în vreme ce accesele ocazionale de angoasă intensă şi de catharsis emoţional, care durează în realitate numai cincisprezece sau douăzeci de minute, sunt trăite de pacient ca ţinând ore întregi.

CAPITOLUL 10

Reflecţii, explicaţii şi perlaborări

Stările de reflecţie sunt caracterizate de un aspect specific în cadrul acestor şedinţe extinse. Fireşte că este şi

mai mult timp la dispoziţie pentru ca gândurile să evolueze, dar este vorba de mai mult decât atât. Reflecţiile care au loc în timpul unei prăbuşiri psihice, ce urmează unor lungi perioade de travaliu intern profund şi de puseuri de durere intensă, nu sunt numai reflective, ci şi *integrative*.

Fără îndoială, toate reflecţiile pot contribui la integrare. Examinându-ne şinele, privim într-o oglindă internă şi descoperim lucruri pe care nu le văzuserăm înainte, care ne extind cunoaşterea de sine şi devin parte a structurii noastre inconştiente. Cu toate acestea, se pare că reflexivitatea care are loc pe parcursul acestor şedinţe prelungite extinde potenţialul perceptiv într-o manieră specifică: permite perspective mai largi asupra propriului sine şi pătrunderi mai profunde în istoria sinelui, în lumea internă a acestuia şi în structurile sale objectificate. Foarte multe dintre cele care au fost anterior inconştiente ajung acum în conştient, astfel că individul are nevoie de o formă de percepţie încetinită, care să permită un travaliu mai lent şi mai profund.

Gândiţi-vă la vis. Cu precădere la realizarea travaliului visului, din procesul de condensare. În cursul psihanalizei tradiţionale, dezvăluirea semnificaţiei unui vis puternic şi captivant poate lua ore întregi de asociere liberă, de-a lungul mai multor zile. O prăbuşire psihică nu este atât de diferită de un vis, prin faptul că atât conştientul, cât şi capacităţile executive ale individului sunt copleşite de emergenţa unui complex debilitant de amintiri, idei, emoţii şi axiome, toate fiind profund enigmatice.

Visul şi prăbuşirea psihică sunt amândouă momente înalt codificate, evenimente care vor lua timp să fie decodificate. Aceasta nu este o chestiune de activitate intelectuală, ci de imersiune în material, pentru ca mintea să poată elabora condensările codate cu ajutorul unui travaliu inconştient minuţios, învăluit în experienţe emoţionale şi insighturi. Comparată însă cu visul, enigma

prăbuşirii psihice cauzează o mult mai cumplită suferinţă. Asemenea ghicitorii Sfinxului, descifrarea sa necesită proprietăţi ale minţii de înalt nivel. Aşadar, travaliul de înţelegere a acesteia este simultan şi coexistent cu recuperarea minţii sinelui, înţelegerea enigmei echivalează cu recuperarea sănătăţii psihice.

Timp de decenii, Freud a considerat că, în cazul în care conflictele inconştiente ar deveni conştiente, acest fapt ar vindeca nevroza. El a abandonat mai târziu această idee postiluministă când a descoperit că, deşi multele rezistenţe pot fi depăşite, procesul nu este neapărat transformator prin sine însuşi.

Se părea deci că iluminarea nu era îndeajuns.

Atenţia lui Freud s-a direcţionat apoi înspre transfer şi înspre noţiunea că, deşi pacientul şi analistul ar putea aduce lumină asupra unui simptom sau al unui aspect al personalităţii, acesta trebuia pus în scenă în cadrul relaţiei cu analistul pentru a putea fi analizat pe deplin. Analistul trebuia să devină parte a problemei înainte să poată deveni parte a vindecării. Evenimentul transferului trebuia apoi să fie transferat în planul conştient, iar combinaţia dintre cele trăite şi cele gândite avea potenţial transformator.

Cu toate acestea, s-ar părea că prima idee a lui Freud, că o cunoaştere mai înaltă a sursei problemei persoanei ar putea-o transforma, poate fi adevărată, dar numai în circumstanţe foarte deosebite.

Până în acest punct, acordând atenţie secvenţei de evenimente de pe parcursului lucrului cu o persoană care suferă o prăbuşire psihică, am pus în discuţie rolul cadrului şi al metodei analitice, stabilirea unui contract între pacient şi analist, precum şi calitatea specifică, intensă, a interacţiunii: dialogurile scurte, intermitente, lungile perioade de tăcere şi experienţele emoţionale ale pacientului.

Ajungem acum la chestiunea explicaţiilor.

Este obligaţia analistului să pună în termeni lucizi şi

memorabili motivele exacte din cauza cărora persoana trece printr-o prăbuşire psihică şi pentru care aceasta este aşa cum este, în raport cu istoria sa psihică. Va fi inclusă o descriere clară a apărărilor utilizate până la acest moment.

În vreme ce este adevărat faptul că aceasta este o formă de interpretare, este mai corect să spunem că este o *explicaţie*, una deplină şi completă, care îi permite analizândului să înţeleagă în mod conştient şi pe limba sa de ce se întâmplă toate acestea. De vreme ce oamenii sunt, de obicei, foarte tulburaţi în această perioadă şi le poate fi foarte greu să integreze anumite aspecte, s-a întâmplat, uneori, să le pun pe hârtie o descriere de o pagină-două a întregii situaţii.

Fără îndoială că mulţi dintre colegii mei nu vor fi de acord cu o asemenea deviere de la tehnica standard. Cum aş putea apela la punerea în scris a unei explicaţii psihanalitice a relaţiei dintre istoria de viaţă şi o stare psihică? Cu siguranţă că o astfel de înţelegere ar trebui să evolueze de pe urma unui proces de perlaborare constructivă, nu?

Care mi-este premisa?

În timpul unei prăbuşiri psihice, pacienţii vor face o descriere a debutului acesteia, care va avea legături cu trecutul lor şi va evoca puternice experienţe emoţionale. Dar pentru ca acest proces să fie unul transformator, ei trebuie să ştie conştient cum se îmbină toate aceste elemente într-un gestalt; trebuie să înţeleagă cum ele reprezintă componentele vieţilor lor. Atâta vreme cât este clară, exprimată simplu şi la obiect, explicaţia scrisă constituie un *obiect clarificator*, care va fi citit şi digerat din nou şi din nou de către analizând. Îi va aduce multe variaţiuni tematice, dar scrierea va avea o coerenţă căreia îi va acorda o înaltă valoare, ea purtând în sine adevărurile fundamentale ale vieţii sale.

Prin intermediul acestei repetiţii, pacientul ar putea părea să înveţe ceva mai degrabă pe de rost decât prin reflecţie, dar, de fapt, reluarea frecventă a explicaţiei

imersează şinele în matricea adevărului său psihic. Trecutul, transformat în structura istoriei sale, a fost legat de evenimentul care a cristalizat acel trecut şi a stimulat prăbuşirea psihică. Acest fapt a permis ca afectul amânat, aflat în conexiune cu evenimentele originare, să fie eliberat, iar acest lucru să structureze emoţional, la rândul, fricile şi elementele tulburătoare ale prezentului. Persoana este acum instruită din interior, iar ceea ce a fost resimţit ca înspăimântător sau fărâmiţător este acum impregnat cu o mult mai densă cunoaştere emoţională.

Capacitatea conştientă augmentată funcţionează ca un act tranziţional, adunând multiplele surse ale veştilor inconştiente eliberate – experienţe existenţiale din trecutul recent şi îndepărtat, mişcări emoţionale, asociaţii libere – într-un obiect clarificator al gândirii, care leagă împreună firele izvorâte din inconştient. Activitatea de legare a formei narative îi permite analizândului să aibă un tip diferit de conversaţie cu şinele; el poate acum vorbi cu sine însuşi despre cum toate acestea au sens.

Aşadar, explicaţia clară objectifică perturbarea nucleară a sinelui şi devine un obiect psihic tranziţional, ajutând la dezvoltarea de către sine a unei noi structuri psihice. În timpul prăbuşirii psihice, această structură – o nouă manieră de a percepe şinele şi lumea – va fi menţinută în conştient. Apoi, pe măsură ce pacientul îşi revine, memoria conştientă şi înţelegerea motivelor prăbuşirii vor începe să pălească. Dacă analistul a pus explicaţia pe hârtie, aceasta va fi pierdută sau uitată. Ceea ce a fost învăţat va părea să fi dispărut, dar în timp, analistul va observa schimbări ale axiomelor de gândire, existenţă şi relaţionare ale analizândului. Explicaţiile, aduse anterior în conştient, dar acum uitate, au devenit parte din structura psihică a sinelui, drept ipoteze operaţionale. A avut loc o comunicare transformatoare între şinele inconştient şi cel conştient.

O să dau câteva exemple a ceea ce numesc afirmaţii clare.

Clara a intrat într-o prăbuşire psihică depresivă după ce a fost concediată de la serviciu. Şeful ei, Oswald, era un bărbat sadic şi nimeni nu supravieţuise mai mult de un an pe postul ei, dar ea a fost devastată. Întreaga ei familie era alcătuită din oameni care avuseseră mari reuşite şi toţi fraţii şi surorile ei erau de succes. La puţin peste 30 de ani, nu avusese niciodată o relaţie, pentru că „nu avea timp” La începutul muncii noastre, era distantă, irascibilă, sceptică cu privire la psihanaliză şi foarte critică la adresa mea.

După ce am legat împreună elementele din copilăria, istoria ei şi evenimentele recente, poziţia rece şi arogantă a Clarei s-a dizolvat într-una de tristeţe intensă, suferinţă de doliu şi plâns prelungit. Am făcut următoarea afirmaţie:

Eşti deprimată nu doar pentru că Oswald te-a concediat, ci şi pentru că partea aspră şi ambiţioasă din tine a fost de acord cu el. Întreaga ta viaţă, te-ai identificat cu partea de succes a familiei şi, de vreme ce nici mama şi nici tata nu aveau spaţiu pentru sentimente sau intimitate – astea erau pentru „rataţi” –, ţi-ai denigrat propriile nevoi şi vulnerabilităţi. Când le-am adus în discuţie în travaliul nostru, am devenit ţinta părţii de Oswald din tine şi am resimţit cum era să fii destinatarul dispreţului. Ai gonit tot timpul pentru a făcu un pas înaintea depresiei care urma inevitabil să te prindă din urmă, din cauză că realizările tale externe nu pot fi niciodată suficiente pentru a-ţi satisface nevoile emoţionale.

Clara a integrat totul cuvânt cu cuvânt. De-a lungul zilelor care au urmat, i-am repetat-o în multe feluri diferite, iar ea vorbea despre aceste lucruri în mare detaliu:

— De unde ştiai că familia mea nu era interesată decât de succes?

— Tu mi-ai spus.

— Ţi-am spus?

— Da.

— E ciudat, dar bănuiesc că nu-mi pot aminti.

— Pentru că nu te asculţi.

— Nu mă ascult eu pe mine?

— Îi dispreţuieşti, ca şi părinţii tăi, pe cei care spun lucruri. Numai „făcutul” aduce premii. Aşa că admiri ceea ce realizezi, dar nu asculţi ceea ce spui.

Conversaţii scurte precum aceasta clarificau explicaţia. Făceau parte din „perlaborarea” care devenea acum parte din activitatea intelectuală a analizândului. Întrebările Clarei erau verbalizări ale unor potenţiale axiome, care urmau să fie internalizate pe parcursul acestui proces de perlaborare. Apoi, urmau să devină parte a unei structuri psihice transformate, care va modifica maniera în care îşi gestiona viaţa. Însă înainte de a putea avea loc o asemenea restructurare, era necesar ca ea să „utilizeze obiectul”, să lucreze asupra temelor înscrise în explicaţie, să pună sub semnul întrebării fiecare aspect al acesteia. A fost discutată şi rediscutată de multe ori, între lungile perioade de tăcere care au ocupat cinci săptămâni intense de analiză extinsă, înainte ca ea să fie eliberată.

Un alt exemplu.

Helen a crescut într-o familie de oameni plăcuţi, care munceau din greu şi erau cumsecade, dar care se fereau de orice conexiuni intime pe care le-ar fi putut avea unul cu celălalt. Ea a fost trimisă la o şcoală cu internat între vârstele de opt şi paisprezece ani, iar niciunul dintre părinţi nu o vizita prea des. Îşi petrecea verile acasă cu prietenii din împrejurimi, se uita mult la televizor şi viaţa părea să fie îndeajuns de bună. După terminarea facultăţii, s-a măritat cu Toby, au făcut trei copii, iar Helen lucra ca redactor de texte publicitare la ziarul local.

Se prezenta ca o persoană foarte spumoasă şi jovială. Avea mulţi prieteni, în principal datorită implicării în activităţile unei biserici locale foarte frecventate, şi considera că „se pricepea la oameni”, pentru că aceştia îi cereau deseori sfatul. Îi plăcea să se vadă ca pe un „antrenor de viaţă neacreditat”, dar evita autoreflecţia şi era lipsită atât de insight în ceea ce o privea, cât şi de un

interes fată de trecutul ei. A cerut o analiză când era 9 9

trecută de 50 de ani, pentru că avea atacuri de panică, aparent venite de nicăieri. Atunci când acestea aveau loc, erau urmate de o scufundare într-o depresie care-o ţinea zile întregi, întrebându-se ce se întâmplă cu ea.

În primul an al analizei, era impresionant că nu se produseseră niciun fel de amintiri din primii săi zece ani de viaţă. Descrierile făcute părinţilor ei erau lipsite de culoare, astfel că a fost destul de şocant când i-a scăpat că mama ei dispăruse în jur de 15 luni atunci când ea avea opt ani.

— A dispărut?

— Da, bănuiesc că da.

— Nu ştii?

— Ba da, ştiu. A dispărut.

După o tăcere de câteva minute, Helen a continuat prin a-mi povesti despre un eveniment social planificat pentru seara respectivă, o ieşire a membrilor bisericii de săptămâna următoare şi diverse altele. Mai aveam zece minute rămase din şedinţă. 9 9 9

— Mama ta a dispărut din nou.

— Poftim?

— A dispărut neanunţată din descrierea ta şi a continuat să fie dispărută, pe măsură ce tu ai continuat să vorbeşti despre alte lucruri.

— Păi… adică. Ţi-am spus. Am crezut că, na, asta e.

— Te-ai gândit că „asta e”?

— Da, bănuiesc că da.

— Cum a venit, aşa a plecat…

— Păi, nu ştiu. Nu-mi amintesc.

— Cred asta, dar chiar aici şi acum îţi amintiseşi ceva destul de uimitor – că mama ta a dispărut timp de 15 luni –, iar apoi a dispărut din şedinţă.

— Ar fi trebuit să fac altfel?

— Ţi se pare că te critic.

— Nu, nu chiar. Dar realizez că pari destul de şocat.

— Într-adevăr, aşa este. Dar tu nu-ţi dai voie să fii şocată.

Această vinietă este tipică pentru şedinţele pe care le-am avut înainte de prăbuşirea ei psihică. Deşi susţinea că nu are amintiri, venea deodată cu o amintire incredibilă.

La trei ani după începerea analizei, Toby a părăsit-o. Avea o legătură extraconjugală de zece ani şi, când Helen a descoperit-o, a realizat că toată lumea ştia în afară de ea.

A fost profund şocată; n-avea nici cea mai vagă idee că el era nefericit şi nici „nu-şi imaginase vreodată că aşa ceva urma să se-ntâmple". Soţul ei îi repetase iar şi iar de ce lucrurile nu merseseră cum şi-ar fi dorit în căsnicia lor, spunându-i că simţise că ea era atât de departe de el, încât i-a devenit insuportabil. Cu toate acestea, ea a refuzat să accepte plecarea soţului şi, convinsă că îl va putea recâştiga, a început să facă repetiţii imaginare pentru scenele de reconciliere. Se vor întâlni la piaţă sau vor da unul de celălalt la biserică, va cădea în braţele lui, se vor fi împăcat.

Helen intrase într-o depresie agitată. Stabilisem un sistem de îngrijire, iar ea venea la mine de două ori pe zi, pentru şedinţe de 90 de minute, şapte zile pe săptămână. Întrucât nu reuşea să doarmă, psihiatrul îi prescrisese somnifere şi, pentru că atacurile de panică din timpul zilei erau foarte severe, ne-am pus de asemenea de acord să ia Valium la nevoie, în cazul în care nu reuşea să se calmeze.

9

Curând, amintirile au început să năvălească în analiză, copleşind-o. Intra şi ieşea din stări de anxietate primară şi o ajutam să-şi revină spunându-i că era pe deplin de înţeles să fie atât de tulburată, că avea calităţi minunate şi că era curajoasă şi că o să reuşim să depăşim criza.

Într-un punct crucial al prăbuşirii ei, *a* fost posibil să-i ofer o explicaţie clarificatoare. I-am spus:

Ai evitat multe lucruri în viaţă. Te-ai concentrat pe muncă, pe copiii tăi şi pe prietenii de la biserică, dar stai la

distanţă de orice te-ar putea tulbura. Asta a însemnat să te menţii la distanţă nu doar de alţii, ci şi de tine însăţi. Îţi este teamă să priveşti în sinea ta din cauză că, date fiind toate lucrurile care se întâmplă în familia ta şi toate sentimentele stârnite înăuntrul tău de faptul că ai fost exilată, ai putut supravieţui pe când erai copil numai neprivind la ceea ce era în tine. Acum, când te afli într-o situaţie dureroasă acută, încerci să-ţi foloseşti mintea pentru a ţine realitatea la distanţă.

Helen a avut nevoie de multe repetiţii ale acestei explicaţii. La început, a reacţionat prin treceri la act, confruntându-şi soţul la locul lui de muncă, aranjată, îmbrăcată provocator şi implorându-l să se întoarcă la ea. În următoarea şedinţă, mi-a spus:

— Adică, eşti de acord, nu-i aşa, că e posibil să ne împăcăm?

— Că mintea ta poate să facă să fie aşa?

— Nu, adică l-aş putea aduce înapoi dacă aş… pur şi simplu ştiu că sunt căi de a face asta. Eşti de acord cu asta, în principiu, nu?

— Simt de acord că un copil abandonat la şcoală e nevoit să creadă că trebuie să existe o cale de a scăpa din asta, atunci când realitatea nu se schimbă.

— Dar ce vreau să spun, îţi pun doar o întrebare teoretică, nu despre soţul meu, crezi că nu există nicio cale de a-i face pe oameni să se întoarcă?

— Nu, nu spun asta.

— Deci, eşti de acord că e posibil.

— Teoretic, da. În realitate, în realitatea ta, îmi pare rău să-ţi spun, dar nu, nu sunt de acord. Asta este sentimentul meu, dar nu am puteri de-a prezice viitorul.

— Ok, dar asta înseamnă că încă e posibil ca soţul meu să se răzgândească, deci acum eşti de acord cu mine?

— Cred că eşti atât de dornică de a-ţi face mintea să forţeze realitatea să fie aşa cum ţi-o doreşti, încât încerci să mă obligi şi pe mine să mă supun dorinţelor tale.

— Nu cred că fac asta. Cred că doar încerc să clarific

ceva aici, pentru că pun multă valoare pe ceea ce îmi spui.

— Cred că eşti cuprinsă de o durere cumplită şi îmi arăţi cum crezi că mintea ta poate crea o realitate.

— Dar asta nu-i decât opinia ta, corect?

— Da, asta e doar perspectiva mea.

— Te-ai putea înşela.

— Da, nici mintea mea nu determină realitatea, la fel cum nici a ta nu o face.

Timp de câteva zile, conversaţiile noastre au continuat sub această formă, uneori de-a lungul întregii şedinţe de 90 de minute, iar agitaţia lui Helen era extremă. Dar după şase săptămâni de lucru, consecvenţa explicaţiei a început să funcţioneze ca fenomen psihic tranziţional. Când făcea treceri la act, spunea: „Ştiu ce o să spui...”, iar eu îi răspundeam: „Adică, ştii ce o să spui *tu*” şi continuam tot aşa. În acel punct, explicaţia era pur şi simplu un introiect – erau cuvintele mele, dar treptat deveneau *concepte* pe care Helen le înţelegea drept traduceri corecte ale prezentului şi trecutului ei. În cele din urmă, ele au devenit proprietatea ei şi, pe măsură ce acest lucru se desfăşura, şi-a revenit din prăbuşirea psihică.

La sfârşitul analizei, Helen îşi amintea de prăbuşirea ei drept un eveniment puternic, care-i schimbase viaţa. Până atunci, înţelegerea ei cu privire la aspectele exacte se dizolvase şi se transformase în comentarii vagi despre a fi supraataşată şi prea anxioasă. Totuşi, apăruseră noi structuri psihice. Privea cu regularitate în lumea ei internă, aducea vise şi gânduri cu privire la ce se întâmpla. Avea mai puţini prieteni ca înainte, întrucât calitatea hipomaniacală a relaţiilor ei se diminuase, dar prieteniile ei erau mai profunde, pentru că ea însăşi prinsese rădăcini mai puternice.

Tipurile de conversaţii descrise mai sus pot să nu fie prea similare analizei tradiţionale. Cu toate acestea, în asemenea situaţii, analistul şi pacientul perlaborează *cu adevărat* ceva şi fac acest lucru într-o manieră destul de conştientă.

Cercetările filosofului-psiholog Radu Bogdan ar putea să ne ajute să înţelegem cum funcţionează psihanaliza la acest nivel.[13] El prezintă o teorie interesantă asupra „metamentalului” (cu privire la mental) şi a „reflexivităţii” (o minte care se gândeşte la propriile-i gânduri), argumentată pornind de la dezvoltarea, din copilărie şi până în viaţa adultă, a relaţiilor între minţi. Cred că el ar susţine că, implicându-l pe pacient în acest mod, îi dezvoltăm analizândului capacitatea intermentală, care va conduce în cele din urmă la sporirea capacităţii zntramentale.

Găsesc că este o manieră utilă de a contribui la conceptualizarea acestor aspecte şi majoritatea analiştilor ar fi probabil de acord, cel puţin parţial. Însă Bogdan ignoră complet cererea adusă minţii de către vis. Concentrându-se asupra visului drept stră-eveniment psihic care provoacă asociaţii şi predicţii, teoria lui Freud asupra reflexivităţii merge mult mai în profunzimi decât simpla internalizare a raporturilor psihice cu ceilalţi. Deşi anumite aspecte ale travaliului pe care le-am prezentat aici pot fi descrise în termenii lui Bogdan, fondul principal al acestei forme de perlaborare analitică constă în legarea consecventă a procesului de gândire conştient al analizândului cu viaţa sa inconştientă. Intrând în conexiune cu mintea analistu9 9

lui – dezvoltând capacităţi intermentale care devin structuri intramentale –, pacientul încurajează şi relaţia dintre conştient şi inconştient, dintre două moduri diferite de gândire care se influenţează reciproc. Această activitate îi oferă conştientului un dinamism al relaţiilor cu obiectul, care a lipsit sau a fost prea puţin utilizat în vieţile acestor analizanzi.

Schimburile care au loc între analist şi analizând în astfel de momente pot părea a fi pur şi simplu unele de

---

13 Vezi Hirsh, James (2003). Shakespeare and the History of Soliloquies. Madison and
Teaneck, NJ: Fairleigh Dickinson University Press. (N.a.)

dialogare, de exemplificare a comportamentului extern. Eu cred însă că acestea sunt, de fapt, un mod de a ilumina *experienţa mentală*. Deşi este, fireşte, imposibil, să-i citim altcuiva gândurile, acest tip de dialog se apropie de un solilocviu dramatic. Aşa cum punctează James Hirsh, solilocviul nu a avut niciodată la bază intenţia de a ilustra vorbirea internă; nu vorbim cu noi înşine în felul acesta.[14] Dar cu siguranţă că exemplifică ceva cu privire la viaţa psihică.

Activităţile intermentale exemplificate mai sus le permit analizanzilor să observe şi să trăiască *in situ* modul în care gândesc. Nu este vorba că şi-ar auzi gândurile, cât mai degrabă că îşi trăiesc procesul mental. Făcând acest lucru în mod repetat, mentalul le devine îndeajuns de pus în scenă încât să poată deveni un obiect pasibil de a fi privit şi luat în considerare. În acelaşi timp, deşi se poate ca analistul să introducă anumite idei sau conţinuturi, încă mai important este că el demonstrează *forma* în care funcţionează mintea psihanalitică, indicând o manieră specifică de a gândi cu privire la sine. Acest fapt îi conferă treptat pacientului capacitatea de a înţelege cum îi funcţionează propria minte, ce tipare de gândire îl caracterizează şi cum l-au îndreptat acestea pe căi greşite în momente cruciale.

În prezent, se pune extrem de mult accentul pe teoria conştientului şi prea des se întâmplă ca, din neatenţie, să fie promovată iluzia că planul conştient este autodeterminat. În fapt, chiar şi dacă ne concentrăm asupra unei sarcini care pare supusă logicii obiectivelor sale, legăturile care conectează între ele momentele de conştiinţă sunt întotdeauna inconştiente. Cel mult există o paralelă neconectată între curentul de idei conştiente şi gândirea inconştientă subiacentă. Studiile detaliate asupra procesului de asociere liberă demonstrează în mod clar că

14 Vezi Hirsh, James (2003). Shakespeare and the History of Soliloquies. Madison and Teaneck, NJ: Fairleigh Dickinson University Press. (N.a.)

fluxul de gânduri conştiente este determinat inconştient.

Chiar şi oamenii de ştiinţă, desemnaţi gardieni ai obiectivităţii, vor admite faptul că, deşi îşi propun să urmeze o cale riguroasă a observaţiei determinate conştient, momentul de revelaţie – ivirea bruscă a gândirii lucide – îi surprinde adesea din senin. Cu toate eforturile conştientului, gândirea inconştientă constituie sursa şi ghidul creativităţii personale şi în toate psihanalizele există o intimitate fascinantă între gândirea conştientă şi cea inconştientă. 9

Am subliniat valoarea furnizării unui rezumat clar care să-i explice persoanei de ce se află într-o stare de prăbuşire psihică şi care adesea conduce la o serie de discuţii provocatoare, în spaţiul a ceea ce Bogdan numeşte „relaţii intermentale” Pe măsură ce are loc schimbul de gânduri, minţile se extind şi se supun unui exerciţiu, iar pacientul utilizează acum în mod activ gândirea conştientă, în condiţiile în care înainte se poate să fi reflectat foarte puţin cu privire la propria viaţă.

Chiar dacă gândurile pacientului par determinate de apărări, impregnate de dorinţe sau nesfârşit de repetitive, dacă analistul îl angajează în această activitate intermentală, atunci s-a construit fundaţia pentru explicaţii transformatoare substanţiale, care vor fi structuralizate de pacient. Este însă important faptul că pacientul va fi descoperit o manieră de a-şi gândi gândurile faţă de sine însuşi, bazată pe o procedură dialectică, una care îi permite minţii să îşi trăiască toate realităţile într-un mod extrem de dinamic. Ulterior, mintea sa va crea astfel de raporturi atât cu alte minţi, cât şi cu lumea obiectelor. De asemenea, va fi pregătită să primească conţinuturi psihice inconştiente şi moduri inconştiente de gândire, astfel că sunt stabilite bazele unei noi activităţi intramentale; nu între două tipuri conştiente de gândire aflate în conflict, ci între conştient şi inconştient.

CAPITOLUL 11

Schimbarea psihică

Raţionamentul din spatele metodei pe care o propun se bazează pe ipoteza că, dacă un psihanalist sau un psihoterapeut poate simţi când pacienţii se află în etapele de început ale unei căderi mentale, atunci îi poate prinde înainte de a se decompensa.

Ceea ce sugerez este că o prăbuşire psihică constituie o necesitate psihologică, mandatată de apariţia problematicilor până acum amânate, ce îşi au originile în evenimente trăite pe parcursul vieţii timpurii a persoanei sau într-o dezintegrare cauzată de slăbiciunea Eului. Deşi această irumpere poate fi un eveniment terifiant, atât pentru pacienţi, cât şi pentru familiile şi prietenii lor, confruntarea cu amintiri pline de semnificaţii profunde, cu strategii psihice şi cu emoţii dureroase din trecut poate transforma catastrofa iminentă într-un spaţiu potenţial de schimbare profundă.

Privind înapoi la Emily, Arma şi Mark, anumite aspecte sunt clare în ce priveşte schimbarea psihică.

Apariţia unor fapte emoţionale puternice, anterior ascunse, este însoţită de o comunicare aproape directă dinspre traumele menţinute de şinele copilului şi dinspre vulnerabilităţile interne rămase acolo din vechime. În mod inevitabil, acest lucru înseamnă că o persoană care suferă o prăbuşire psihică va regresa şi, adesea, într-o manieră alarmantă. Anna şi-a pierdut controlul sfincterian. Plânsul lui Mark era urletul unui hibrid bărbat-bebeluş. Forţa năucitoare a sinelui-în-prăbuşire poate avea un impact agonizant dacă analistul nu a făcut pregătiri adecvate pentru a conţine situaţia.

Intensificarea suferinţei i-a acordat analizei o oportunitate neobişnuită de a fi eficientă prin intermediul nevoii incredibil de crescute a pacientului de a primi îngrijire analitică. La instalarea crizei, acest fapt a implicat o adaptare din partea analistului: un număr mai mare de şedinţe; şedinţe extinse; o echipă de sprijin. Acestea au creat un mediu de susţinere care a avut atât un efect de îndeplinire a nevoilor curente ale pacientului, cât şi unul

de furnizare a unui obiect diferit de cel care făcuse parte din istoria psihică timpurie a acestuia.

Mama şi tatăl lui Emily o abandonaseră la nişte rude pe vremea când ea era foarte mică. Mama Annei nu găsise în ea fiica pe care şi-o dorise şi dezvoltaseră o relaţie rece, pusă în umbră de idealizarea tatălui; ceva pe care a continuat să se bazeze pentru tot restul vieţii. Mama lui Mark era o fire slabă, iar tatăl distant şi uneori crud, dar el ştia că se folosise de eşecurile părinţilor ca arme cu care să-i pedepsească. A reacţionat prin a-şi dezvolta un sine izolat, strategic direcţionat înspre o cruzime de opoziţie: îl va ţine pe celălalt în spatele porţilor încuiate ale vieţii lui.

Pe măsură ce aceşti pacienţi s-au prăbuşit, în parte drept consecinţă a respingerilor venite din partea celor pe care-i iubeau, strategiile lor defensive au cedat şi s-au întors la traumele originare care creaseră un defect fundamental în cadrul personalităţilor lor. Sunt convins că nu a mai fost nevoie de ani de analiză a acelor apărări datorită faptului că intensitatea crizei a fost conţinută acolo şi atunci prin înţelegerea nevoilor acestor pacienţi.

Emily a devenit furibundă, iar eu i-am îndurat furia şi am legat-o de originile ei. Deşi sentimentul ei de sine a rămas oarecum şubred, a ieşit din criză ca individ mai puţin rece şi rigid, mai conectat emoţional cu alţi oameni. Atunci când Anna a acceptat îngrijirea oferită, s-a fărâmiţat, dar puternica ei înţelegere intelectuală i-a permis să utilizeze interpretările mele drept obiecte transformatoare. Devastarea lui Mark era lipsită de precedent în viaţa sa adultă, dar, deşi lumea dimprejur i se prăbuşea, a putut realiza că acesta era un eveniment de o remarcabilă importanţă în viaţa lui. Transformarea cicatricelor crude ale trecutului într-o istorie emoţională coerentă a avut un efect de profundă eliberare şi integrare. Părţi disparate ale personalităţii lui s-au închegat, iar un bărbat a cărui înţelegere de sine fusese foarte limitată a descoperit deodată că el însuşi are sens.

În fiecare caz, aceste momente transformatoare au

schimbat axiomele care fuseseră fundamentale pentru perspectiva acelei persoane asupra vieţii şi pentru poziţionarea sinelui său. Emily a abandonat presupunerea că, pentru a supravieţui, trebuia să-şi formeze un ataşament faţă de un altul la fel de perturbat. Structura ei psihică i-a permis acum să se elibereze de astfel de ataşamente şi, indiferent cât de vulnerabilă o făcea această libertate să se simtă, sinelui i s-a deschis calea către experienţe de viaţă mai bogate.

Anna a abandonat axioma conform căreia valoarea sinelui era dată numai de adoraţia celorlalţi faţă de succesele ei. În locul acesteia, era acum o nouă realizare cu privire la faptul că ea nu fusese niciodată o fiinţă ideală şi că recunoaşterea *9 9 9*

Imperfecţiunilor ei îi dădea un sentiment de uşurare îndurător. Acest fapt i-a adus o capacitate de empatie faţă de sine însăşi, dar şi fată de alţii. *9* 9 *9*

Mark trăise conform axiomei că „ochi pentru ochi" trebuie să constituie reacţia imediată la orice indiciu de respingere; trebuia să închidă poarta de trecere a capacităţii sinelui de a iubi. Acest lucru i-a creat o iluzie de putere şi de direcţie, dar, în realitate, a avut drept rezultat un univers emoţional izolat şi îngustat. Atunci când a descoperit că îi poate permite iubirii să se menţină în urma respingerii, acest fapt i-a acordat posibilitatea de a intra în contact cu durerea psihică – clivată cu foarte mult timp în urmă – de a-şi iubi mama şi tatăl.

Nu este posibil să anticipăm cât timp îi va lua unui pacient să ajungă în acest punct. Poate nu este surprinzător că acei pacienţi cărora le-am oferit şedinţe pe toată durata zilei au avut parte de schimbări mai rapide şi, din anumite puncte de vedere, mai profundedecât cei cu care am lucrat sub forma unei analize extinse de-a lungul unei perioade mai lungi. Alte variabile par să fie într-un fel legate de natura psihopatologiei persoanei, deşi nu este întotdeauna valabil.

Dacă este ceva care să dicteze ritmul recuperării,

cred că se poate să fie vorba de abilitatea cu care am surprins semnele îndreptării spre o prăbuşire psihică şi adecvarea strategiei de lucru alese. Dar mai depinde şi de capacitatea analizândului de transformare a Eului: viteza cu care acesta se poate îndrepta dinspre apărarea suferinţei sinelui împotriva înţelegerii (interpretată drept o ameninţare asupra siguranţei sinelui), prin intermediul funcţiei transformatoare a psihanalizei prăbuşirii psihice care dizolvă apărările Eului, înspre descoperirea unei căi a sinelui nou construite.

După ce analizândul îşi revine din prăbuşirea psihică, are loc un lucru destul de curios... sau poate nu. Pacientul pare să nu-şi amintească aproape deloc ce s-a întâmplat sau unde se afla în timpul acestor intense perioade de timp. Acest lucru se datorează în parte, fără îndoială, faptului că experienţa nu este explicabilă verbal, dar îmi pare să mai existe un factor. Este ca şi cum pacientul este învăluit de o formă de amnezie de protecţie – asemenea amneziei din copilărie –, acesta mergând apoi înainte prin viaţă, transformat, dar ca şi cum noul sine ar fi fost dintotdeauna acolo.

Nu există nicio formă de apărare în jurul acestei stări a sinelui şi nici nu sunt de părere că motivul este că persoana a uitat că a parcurs nişte experienţe de o asemenea profunzime. Cred că este mai degrabă vorba despre faptul că procesul care a avut loc, care a intrat în conştient sub diverse forme, s-a întors acum în viaţa inconştientă şi într-o nouă organizare a Eului. Partea conştientă a persoanei îşi poate aminti că a existat o prăbuşire psihică, dar se păstrează foarte puţine amintiri ale experienţelor emoţionale care au fost incluse în acest remarcabil progres.

Se poate să fi fost un progres, dar este, de asemenea, una dintre cele mai agonizante experienţe pe care le poate avea cineva. Odată ce a fost depăşită, oamenii sunt dornici să meargă mai departe. Ei reintră în viaţa cotidiană, uneori cu o sfială iniţială, dar mai apoi cu o implicare viguroasă.

Instructiv, transformator şi teribil, colapsul este acum în trecut. Nu are de ce să fie reţinut drept un moment emblematic.

Reluarea tiparului anterior al analizei – orele stabilite iniţial, duratele obişnuite ale şedinţelor – este întâmpinată cu uşurare şi n-am auzit niciodată vreun pacient plângându-se de pierderea intensităţii care caracterizase perioada prăbuşirii psihice. Privesc acest lucru ca pe un semn bun, o indicaţie că pacientul „a utilizat obiectul” şi că, sub auspiciile instinctului de viaţă, îl poate lăsa în urmă.

Atunci când o prăbuşire psihică este întâmpinată de psihanaliză, sinelui i se oferă un altul simţitor, răbdător, dedicat şi înţelegător. Faptul că acesta apare într-un astfel de moment de nevoie acută are un profund impact vindecător atât pentru prezent, cât şi pentru trecut.

CAPITOLUL 12

Concluzii

Nicio psihanaliză nu este obişnuită. Pe parcursul carierei sale, analistul se va confrunta cu manierele remarcabil de diferite în care oamenii ocupă spaţiul şi utilizează procesul analitic.

Cu toate acestea, există elemente constante. Unul este cadrul – 45 de minute, patru sau cinci şedinţe pe săptămână, de-a lungul a câţiva ani, într-un spaţiu constant – şi altul este procesul; pacientul vorbind liber, fără a căuta o semnificaţie, analistul ascultând liber, fără a avea un plan conştient. Generic vorbind, structura psihanalitică tradiţională va fi mai mult decât adecvată pentru a gestiona regresiile şi nevoile clinice ale analizândului, cu ajutorul unei slăbiri treptate a apărărilor şi rezistenţelor Eului, permiţând dezvăluirea ipotezelor arhaice în cadrul transferului.

Această carte a argumentat necesitatea modificării, în anumite situaţii, a cadrului analitic, *dar nu şi a procesului*. Noua structură este pusă temporar în lucru, pentru a-l ajuta pe analizând să parcurgă o criză, iar apoi

să-i permită o întoarcere la stabilitatea şi siguranţa contractului obişnuit.

Până şi cel mai experimentat analist se va simţi anxios atunci când se va confrunta cu tipurile de situaţii descrise aici. Anxietatea semnal este un indicator psihic vital, care îl conduce în mod firesc pe clinician înspre a se întreba cum pot fi îndeplinite nevoile pacientului în cadrul circumstanţelor clinice modificate. Unii clinicieni se vor gândi imediat să recomande un coleg, pentru prescrierea de medicaţie adecvată problemei şi care, să sperăm, va alina starea tulburată a analizândului. Alţii vor face aranjamente pentru o perioadă de spitalizare. Cititorul îşi va fi dat însă seama până acum că eu privesc prăbuşirea psihică în contextul psihanalizei drept un eveniment potenţial transformator, care poate conduce la un progres, atâta vreme cât analistul nu face decât să ofere mai multă psihanaliză.

Din punctul meu de vedere, spitalizarea unui analizând care suferă o prăbuşire psihică reprezintă un dezastru psihologic. Deşi se poate ca aceasta să aline starea psihică a pacientului pe termen scurt, este cam acelaşi lucru cu a-ţi duce copiii la orfelinat pentru că nu reuşești să-i gestionezi. Într-adevăr, a fi înconjurat de o serie de membri ai personalului clinic, cu toţii îmbrăcaţi în alb, într-un salon antiseptic, este similar cu a renaşte într-un mediu non-uman. Dacă analistul doreşte ca pacientul său să evite un *après-coup* traumatic în urma internării, opinia mea este că nu are de ales.

Dar dacă psihanalistul îşi asumă totuşi această sarcină, ţine de responsabilitatea sa să explice cu claritate de ce recomandă modificările de cadru. Se poate să existe iniţial nişte rezistenţe, iar eu le consider pe acestea ca fiind un important indicator al forţei Eului; a dorinţei analizândului de a rămâne în propria-i viaţă şi de a utiliza mijloacele sale obişnuite de a face faţă distresului. Dar, în general, analizanzii care se află într-o criză acută vor accepta aceste modificări aproape imediat, folosindu-se de

acest timp suplimentar pentru câtă vreme este necesar ca această prăbuşire să-şi urmeze cursul.

Am recomandat ca fiecare clinician care lucrează în această manieră să-şi constituie o echipă care să-i poată asista pe analist şi pacient în perioada de criză. Chiar dacă psihanalistul este şi psihiatru, este important să fie implicat şi un alt coleg, pentru un al doilea punct de vedere. Echipa din afara spitalului oglindeşte tipul de îngrijire care ar fi în mod normal furnizat într-un cadru spitalicesc, iar experienţa mi-a demonstrat că sprijinul acestei echipe are pentru pacient atât un sens emoţional, cât şi unul practic, chiar dacă există o oarecare reticenţă iniţială la a accepta oferta.

Cu siguranţă că niciun clinician începător nu ar trebui să îşi asume un travaliu de acest tip în absenţa unui supervizor cu experienţă, care să aibă rolul de co-clinician suplimentar. Cu toate acestea, nu recomand ca practicienii cu experienţă să facă apel la o supervizare într-o astfel de perioadă. Odată ce analistul acceptă sarcina, ar trebui să se ghideze în primul rând după logica inerentă a asociaţiilor libere şi a utilizărilor transferului de către analizând; un vocabular mult prea complex pentru a fi tradus adecvat unui altul, care să supervizeze cazul. Oricât de bineintenţionate, comentariile colegilor cu privire la ce consideră ei că are loc „cu adevărat" au mai multe şanse de a rupe contactul inconştient vital al analistului cu pacientul său.

În 35 de ani de lucru, în maniera descrisă, cu persoane aflate pe cale să sufere o prăbuşire psihică, nu a trebuit niciodată să spitalizez un pacient. N-am nicio îndoială că acest fapt se datorează parţial norocului, dar cred că ne spune totuşi ceva despre eficacitatea acestei extensii a psihanalizei. Dacă aş fi simţit că tratamentul analitic intensificat nu funcţiona, nu aş fi ezitat să apelez la internarea unui pacient. Pur şi simplu, nu s-a întâmplat niciodată să fie necesar.

Winnicott considera deconstruirea apărărilor sinelui

fals drept o premisă indispensabilă pentru o analiză de succes şi, astfel, considera regresia drept meritorie prin ea însăşi. Existau multe situaţii clinice în care analizanzii săi deveneau extrem de *9*

dependenţi de el, renunţând la funcţionarea de nivel înalt – muncă, obligaţii de familie ş.a.m.d. – în beneficiul descoperirii unui sentiment al „realităţii personale”, a sinelui adevărat.

Pot însă exista grave capcane dacă cineva prioritizează acest sentiment al realităţii personale în detrimentul capacităţii de a trăi în lumea externă. În vreme ce Winnicott – precum şi Balint, Khan, Colţart şi alţii – se poate să fi fost experţi în gestionarea regresiei obişnuite ladependenţa, eu sunt de părere că promovarea unei stări de dependenţă primitivă, profundă, faţă de analist este imprudentă şi contraproductivă.

Pe tot parcursul travaliului cu un pacient în criză pun în discuţie sănătatea Eului acestuia: abilităţile în viaţa profesională, succesul în relaţii, punctele forte ale discursului ş.a.m.d. Fac acest lucru pentru că prăbuşirea actuală îl va face să-şi piardă din vedere resursele, iar dacă această situaţie se menţine, atunci pacientul se poate pierde într-o regresie malignă. Într-un asemenea caz, prăbuşirea psihică devine debutul unei debilitări care îi va marca tot restul vieţii.

Referirile la resurse sunt aproape ca o menţinere în încăpere a unui prieten imaginar. Acel prieten este fiinţa sănătoasă şi vitală din interiorul persoanei. Dacă nu pierdem din vedere acest lucru şi ne referim frecvent la el, această fiinţă vitală se transformă în obiectul central de dependenţă. De vreme ce analistul este investit cu sarcina de a gestiona cadrul şi de a stabili mediul de susţinere, el este investit proiectiv cu prezenţa reziduală a unei figuri materne şi paternale de magnitudini profunde. Dar el trebuie să nu-şi asume niciodată aceste roluri *cu preţul* sănătăţii Eului pacientului. Este crucial pentru toţi analizanzii – aflaţi fie într-un tratament tradiţional, fie în

această formă intensificată de analiză – să fie conştienţi şi să depindă de propriile lor resurse, mai degrabă decât să renunţe la propria creativitate şi să depindă de îngrijirea analistului.

Fără îndoială că Winnicott nu ar fi de acord cu accentul pe care îl pun pe trăsăturile pozitive incluse în repertoriul adapta tiv al pacientului. Nici mulţi analişti contemporani nu ar fi de acord. În timp ce interpretarea rezistenţelor, a apărărilor, a comunicărilor transferenţiale şi a fantasmelor inconştiente constituie norma, există extrem de puţine referiri în literatură cu privire la responsabilitatea analistului de a acorda o atenţie directă resurselor Eului analizândului, fie ca personalitate, fie ca fiinţă relaţională, fie ca profesionist.

Fireşte, părţile distructive ale oricărei persoane pot să invidieze părţile sale pozitive, caz în care ura faţă de analist se poate intensifica dacă ele sunt evidenţiate. Unii pacienţi îl vor acuza pe analist că este nesincer sau că încearcă să le „vândă gogoşi” Aceste reacţii par însă să fie mai puţin frecvente atunci când pacienţii se află într-o stare de criză decât în cadrul analizei obişnuite. Când un individ se simte devastat şi abandonat de propria persoană, există un sentiment de uşurare palpabil care însoţeşte crearea de astfel de legături cu aspectele sănătoase, iar aceasta devine o formă valoroasă de relaţie cu obiectul între părţile perturbate şi cele generative ale sinelui.

Cu certitudine cea mai importantă relaţie pe care o are oricare dintre noi este relaţia cu propriul sine. Pe cât de dificil ar fi de conceptualizat acest lucru, cred că William James şi Herbert Meade au fost aproape de a o face atunci când au pus în discuţie relaţia dintre „eu” şi „mine” Atunci când o persoană suferă o prăbuşire psihică, este ca şi cum „mine”-le s-a pierdut sau ca şi cum n-ar mai exista nicio cale de a-i vorbi sau de a-l reprezenta. Descriind aspectele pozitive ale persoanei, analistul se adresează în mod direct „mine”-lui acesteia, chiar şi în

momentele când pacientul a pierdut contactul cu el sau i-a întors spatele, din dezamăgire sau din ură.

Ar trebui să punctez faptul că metodologia explorată în această carte nu are scopul de a fi considerată o invitaţie pentru populaţia pacienţilor. Majoritatea covârşitoare a analizanzilor mei nu au ştiut niciodată că pun la dispoziţie şedinţe extinse sau psihanaliză intensificată, acesta fiind unul dintre motivele pentru care nici nu am discutat, nici nu am scris până acum despre această metodă în Anglia. În mod cert nu recomand ca practicienii care sunt interesaţi de a utiliza această extensie a analizei să o prezinte ca opţiune colegilor ori pacienţilor lor.

Acest fapt mă aduce la o altă chestiune cheie. Ce trebuie făcut în privinţa unui analizând care întreabă sau poate chiar solicită o analiză intensificată? Din când în când, analistul va întâlni câte o persoană care este gratificată de ideea unor şedinţe suplimentare şi care poate chiar să se comporte într-o manieră care să le facă să pară necesare. Am discutat despre unele aspecte ale acestei chestiuni în cartea mea *Isteria* şi nu voi repeta aici în detaliu motivele pentru care nu m-aş supune unei asemenea solicitări. Ar trebui totuşi să subliniez faptul că scopul celor prezentate în această carte este ajutarea unei persoane să ajungă de la o prăbuşire psihică la un progres, nu preluarea unui rol de complice la o punere în scenă menită să prezinte în mod dramatic lumea internă a persoanei, ca o formă de manipulare.

Aşadar, există unii indivizi pentru care nu aş recomanda o analiză extinsă: în mod deosebit, oricine denotă un caracter isteric malign, care va trăi regresia ca scop gratificator în sine. Ar trebui să ne gândim cu precauţie la şedinţele extinse oferite unor pacienţi cu grave tulburări borderline şi paranoide. Cred că diferenţa este dată aici de gradul în care prăbuşirea psihică iminentă va deschide persoana către părţi ale personalităţii sale care au fost izolate prin apărări

borderline sau paranoide.

Unele dintre întrebările care s-au ridicat, fără îndoială, în minţile cititorului vor fi abordate în capitolul următor, care este dedicat întrebărilor primite frecvent.

CAPITOLUL 13

Întrebări

INTERVIEVATOR: SACHA BOLLAS

ZB: Una dintre premisele tale este că aceste şedinţe intensificate sunt pur şi simplu o extensie a analizei obişnuite, dar, în acelaşi timp, aceasta nu este o experienţă analitică obişnuită. Deci, ai putea să clarifici la ce te referi exact?

CB: Nu există nicio modificare a modului în care analistul îl ascultă pe analizând, este atent la logica asociaţiilor libere, la mişcările personalităţii şi la toate celelalte aspecte ale unei analize obişnuite. Ba chiar este esenţial ca şedinţa extinsă să rămână obişnuită, pentru ca analistul să rămână acelaşi obiect constant ca înaintea acestei modificări a cadrului.

ZB: Dar atunci când implici un psihiatru, un asistent social, un şofer, cu siguranţă că are loc o îndepărtare *dramatică* de la ce-am numi o analiză obişnuită, nu-i aşa?

CB: Îmi dau seama că ar putea părea o îndepărtare dramatică de la practica tradiţională. Însă pacientul care trece printr-o prăbuşire psihică nu resimte aceste lucruri ca pe nişte schimbări radicale, ci ca pe nişte adaptări esenţiale. Dacă pacientul le percepe ca prea dramatice, atunci probabil că analistul a făcut o evaluare greşită a situaţiei.

ZB: Echipele Regionale de Asistenţă Socială nu mai există în Anglia sub forma în care existau în anii *'70* şi sunt multe ţări în care ceea ce propui ar fi imposibil din diverse motive. Vezi şi alte moduri prin care echipa de suport pe care ai creat-o să poată fi alcătuită în mediul din prezent?

CB: Este foarte importantă prezenţa unui psihiatru, care să sprijine perechea analitică. Este adevărat că nu mai avem în Marea Britanie Serviciile Sociale de pe

vremuri – o situaţie foarte nefericită –, dar gestionarea acestui palier al lucrurilor se încadrează acum spectrului din ce în ce mai divers al psihiatrilor. Dacă ei hotărăsc că ar mai trebui implicaţi şi alţii în acest proces – precum membri ai familiei, prieteni sau, spre exemplu, o îngrijitoare –, atunci aceştia îşi vor asuma o funcţie de coordonare.

ZB: Întorcându-ne la chestiunile de tehnică, mulţi ar susţine că nu este psihanalitic din partea psihanalistului să transmită vreo investiţie specială în a îmbunătăţi situaţia pacientului. Ai scris în cadrul altei lucrări că scopul psihanalizei este asocierea liberă, dar pare că aici ai schimbat obiectivele; nu te mai rezumi doar la a-ţi analiza pacientul, ci reacţionezi într-o manieră care indică intenţia de a-ţi oferi ajutorul. Nu modifică acest lucru rolul analistului?

CB: Îl anunţă pe analizând că analiştii au formarea necesară pentru a însoţi pe cineva care suferă o prăbuşire psihică, la fel cum avem o formare pentru a lucra cu persoane suicidare, care fac treceri la acte grave ş.a.m.d. Se poate ca aceste prăbuşiri psihice să nu aibă loc în majoritatea analizelor, dar ele sunt totuşi suficient de comune. Cred că analiştii din întreaga lume îşi vor adapta uneori tehnica obişnuită şi ar considera modificările făcute drept deviaţii normale.

ZB: Deci, ceea ce spui este să se menţină o atitudine analitică chiar şi în cazul în care circumstanţele se modifică?

CB: Da, asta spun. Într-adevăr, cred că atunci când variatele „şcoli” de analiză şi-au expus opinia cu privire la ce consideră a constitui noi tehnici, s-a dovedit că multe dintre acestea sunt, de fapt, ajustări aduse sarcinilor clinice specifice. Spre exemplu, abordările tehnice ale tulburării narcisice de personalitate oferite de Heinz Kohut şi Otto Kemberg ar putea părea ireconciliabile, dar este posibil ca ambele să fie potrivite pentru acelaşi analizând, în momente diferite din cursul analizei. Cred că tehnica

winnicottiană este adecvată pentru personalitatea schizoidă, cea kleiniană pentru borderline, cea lacaniană pentru obsesionalitate ş.a.m.d.

ZB: Ar exista posibilitatea ca evaluarea pe care o faci tu unei persoane ca aflându-se într-o stare de potenţială prăbuşire psihică să fie mai degrabă o percepţie individuală; ca alţii să n-o vadă în aceeaşi lumină?

CB: Ei bine, în Anglia şi cred că în Europa în general, există foarte puţine dezacorduri în privinţa indiciilor de prăbuşire psihică iminentă a analizanzilor noştri. Are loc o diminuare evidentă a capacităţii lor de a face faţă îndatoririlor zilnice, însoţită de o sporire la fel de vizibilă a sentimentului lor de neajutorare şi de niveluri sever crescute de nelinişte psihică. Este limpede că pacientul este învăluit de straturi de anxietate şi de depresie, iar acestea vor conduce curând către o depresie clinică sau o depresie agitată, atacuri de panică acute, tulburări de somn ş.a.m.d. Observarea acestor modificări îi va provoca oricărui analist o anxietate semnal.

ZB: Dar cu siguranţă că s-ar putea aduce obiecţii cu privire la faptul că abordarea pe care o descrii constituie o trăsătură atât de personală *a* metodei tale de lucru încât nu ar fi utilizabilă de către alţii – şi nici nu ar putea fi predată.

CB: Nu cred că alţi analişti şi terapeuţi bine pregătiţi nu ar putea lucra în această manieră. Chestiunea pe care am încercat să o abordez este că prea mulţi clinicieni nu ştiu ce să facă atunci când îşi văd pacienţii în această stare. S-ar putea să considere că simpla menţinere a analizei de cinci şedinţe pe săptămână va fi îndeajuns, dar, de-a lungul timpului, m-am convins că acest lucru pur şi simplu nu este adevărat, iar mulţi dintre aceşti pacienţi sunt spitalizaţi. Aşa că eu sugerez doar că, atunci când un clinician vede că se întâmplă aşa ceva, ar trebui să ia în considerare o abordare psihanalitică intensificată, mai degrabă decât alte intervenţii, precum medicaţia sau internarea, care ar perturba procesul analitic şi nu le-ar

furniza pacienţilor ceea ce au nevoie.

ZB: Susţii că un clinician începător s-ar descurca? Nu crezi că o asemenea schimbare radicală de tehnică necesită mulţi ani de experienţă?

CB: Asta depinde întru totul de analistul respectiv. Mai mult decât orice, experienţa poate conduce la o osificare psihică şi nu sunt sigur că asta ar funcţiona în favoarea acestor oameni. Deşi într-un capitol anterior am indicat faptul că, în principiu, nu este necesar să fii un clinician cu extrem de multă experienţă pentru a aplica această metodă, cu siguranţă că un începător ar beneficia de pe urma unei supervizări şi, în mod cert, de pe urma unei colaborări. În general, toţi clinicienii începători ar trebui să se afle într-o supervizare în asemenea situaţii, atâta vreme cât nu simt că ar interfera cu comunicările inconştiente pe care i le transmite pacientul. Dar toţi clinicienii au nevoie de o echipă sau de un psihiatru foarte competent, care să sprijine im travaliu de acest tip. Aveam doar vreo 33 de ani când o aveam în analiză pe Emily, dar mă pregătisem deja pentru această posibilitate, constituindu-mi o echipă. Din acest motiv, mă simţeam conţinut şi oarecum asigurat că cel puţin ştiam ce e de făcut dacă analiza extinsă n-ar funcţiona. Asta nu mă făcea să mă simt mai sigur pe mine, dar diminua acele anxietăţi care îl pot cuprinde pe analist şi pot interfera în travaliul cu o persoană aflată într-o prăbuşire psihică. Aşa că, dacă un analist tânăr are un pacient fragil, care este posibil să se prăbuşească, atunci mi-ar părea înţelept să-şi constituie o echipă de suport, să se gândească bine la ce extensie de timp ar fi cea mai potrivită pentru nevoie pacientului şi să se asigure că intervine înainte ca pacientul să intre în colaps.

ZB: Deci nu eşti de părere că experienţa este un factor crucial? CB: Cred că experienţa este importantă, dar nu sunt de acord cu opinia că analiştii şi terapeuţii de puţin peste 30 de ani sunt lipsiţi de experienţă sau neevoluaţi. Sunt, totuşi, adulţi, cu o educaţie înaltă şi cu

experienţă de viaţă.

ZB: Spui că, deşi şedinţele tale de-o zi întreagă nu s-au prelungit mai mult de trei zile, *în mintea ta* eşti pregătit să continui să lucrezi în această manieră pentru cât va fi necesar. Ai putea să detaliezi?

CB: În mintea mea, trebuie să fiu liber de orice presiune de a „face treaba" într-o anumită limită de timp. Altfel, n-aş putea funcţiona aşa cum am făcut-o. Aşa că îmi spun atât mie însumi, cât şi pacientului, că vom lucra până când el va fi ieşit din criză, îi transmit că nu o să mă dau bătut, atâta vreme cât prăbuşirea sa psihică nu depăşește capacitatea mea, precum şi a celor cu care lucrez, de a-l ajuta să treacă prin această perioadă cumplită. La începuturi, nu ştiam cât va trebui să continuăm aşa, dar spre marea mea surprindere şi uşurare, am descoperit că nu dura atât de mult. Cred că asta se datorează faptului că nevoia pacientului funcţionează în aceeaşi măsură la nivelul simbolic şi la 9 9 9

cel real. Ceea ce are nevoie este dedicarea simbolică pentru o perioadă de lucru *potenţial* nedeterminată.

ZB: Te referi la maniera ta de lucru drept psihanaliză, dar este evident faptul că unii dintre aceşti pacienţi se aflau într-o psihoterapie de una sau două şedinţe pe săptămână. Îţi afectează acest lucru abordarea atunci când cineva suferă o prăbuşire psihică?

CB: Nu. O prăbuşire îşi are propria logică şi, din punctul meu de vedere, propriile cerinţe clinice specifice. Experienţa mi-a demonstrat că, atâta vreme cât clinicianul este pregătit să furnizeze suficientă analiză, aceasta se va dovedi a fi eficientă, indiferent dacă pacientul s-a aflat anterior într-o analiză sau într-o terapie non-intensivă.

ZB: Pare să existe o ironie aici: faptul că în zilele noastre, în care TCC[15], TCD[16] şi altele promit soluţii rapide, ai putea fi considerat ca făcând acelaşi lucru.

CB: Da, într-adevăr, asta ar fi ironic, dar există

15 Terapia cognitiv comportamentală. (N. red.)

16 Terapia comportamentală dialectică. (N. red.)

diferenţe fundamentale de perspectivă. În linii mari, punctul de vedere freudian este că un simptom sau o tulburare de personalitate are o *semnificaţie*. Oricât de dureroasă ar fi, semnificaţiei inconştiente ascunse în simptom sau în trăsătura de personalitate perturbată, ori în tulburările afective, precum depresia, trebuie să i se acorde timp pentru a fi înţeleasă. TCC şi alte forme de terapii scurte sunt, de fapt, echivalentele cognitive ale medicaţiei. Scopul lor este de a scăpa persoana de efectele dimensiunii umane asupra conştientului acesteia. Abordarea psihanalitică are cu certitudine ca scop ultim eliminarea durerii psihice, dar nu cu preţul sensului. La momentul prăbuşirii psihice, are loc o ieşire la suprafaţă aproape copleşitoare de gânduri, amintiri şi sentimente semnificative. Ceea ce-am descoperit este că o prăbuşire psihică are încorporat propriul proces logic. Dacă urmăm această logică, criza trece, iar pacientul iese din ea schimbat. Este ca şi cum, odată ce persoana se simte în siguranţă, susţinută de un altul care o ascultă, se poate lăsa în voia experienţei emoţionale totale, pe care a amânat-o până atunci. Adevărurile de care s-a tot apărat sunt acum libere să satureze persoana în moduri înalt supradeterminate. Complexitatea faptului de a fi o fiinţă umană dă năvală şi copleşește apărările anterioare; este asemenea unui eveniment natural de proporţii. Cu toate acestea, imediat ce se încheie, această saturare cu semnificaţie conştientă începe să pălească. Oamenii revin la viaţa obişnuită şi, în general, rămân cu puţine amintiri ale prăbuşirii psihice.

ZB: Eşti foarte critic cu privire la TCC şi TCD, insinuând că dacă sunt utilizate cu pacienţi aflaţi pe cale de a suferi o prăbuşire psihică, nu va avea loc decât o muşamalizare a lucrurilor.

Consideri că aceste forme de terapie din ce în ce mai populare constituie nişte remedii false?

CB: Sunt sigur că, atunci când sunt folosite în anumite circumstanţe, au un efect util. Dacă participi la

seminarii sau citeşti manuale pe acest subiect, realizezi că ele sunt, în sine, tratamente de autoajutorare de bun-simţ. Parcursul terapiei este iniţiat de clinician, dar pacientului i se dă o „temă pentru acasă”, deci ele apelează la paradigma profesor-elev, ceea ce sunt sigur că într-adevăr îi ajută pe unii oameni. Unul dintre motivele pentru care cred că sunt *atât* de populare este că ele reprezintă întoarcerea nefirescului; sentimentul că *trebuie* să fie corect aşa, pentru că există un profesor şi există teme, aşa că oamenii pot părăsi lumea adultă şi se pot întoarce la şcoală. Abordările implicit regresive de acest tip – care produc o simplificare a complexităţilor vieţii adulte – vor fi întotdeauna tentante. Dar tratamentul pe termen scurt al unei persoane a cărei personalitate include un defect fundamental nu se va ocupa de chestiunile mai profunde şi cred că entuziasmul din prezent faţă de aceste tratamente, din punctul de vedere al avantajelor financiare, poate fi periculos.

ZB: S-ar putea însă argumenta că te foloseşti de tehnici similare celor ce aparţin de TCC. Spre exemplu, le oferi unor pacienţi o descriere în scris a dinamicii lor centrale. Asta nu duce cu gândul la un fel de temă pentru acasă? Nu te foloseşti de abilităţile cognitive ale pacientului de a se concentra pe un document cu valoare educaţională, care are ca scop provocarea unei schimbări?

CB: Dintr-un anumit punct de vedere, cred că TCC, TCD etc. au ocupat un gol lăsat de psihanaliză. Am parcurs o formare de psihoterapie de scurtă durată sau focalizată în Boston cu Peter Sifneos şi în Londra cu David Malan. Am învăţat foarte multe de la ei cu privire la cum să te concentrezi asupra unei dinamici centrale, de ce să ai un discurs clar şi cum şi de ce să te menţii la o explicaţie dinamică a ce se întâmplă. Primul meu psihanalist de la Berkeley lucra şi el în această manieră, poate chiar fără s-o ştie. Era foarte clar în ceea ce spunea şi repeta interpretări nucleare memorabile, iar eu descopeream că mi le aminteam şi mă foloseam de ele în timpul săptămânii.

Dacă această carte, măcar în parte, îi restituie psihanalizei, dreptul la acte clare, de focalizare pe psihodinamica nucleară, atunci văd acest lucru ca pe unul bun. Şi da, chiar *există* ceva în psihanaliză ce aparţine de paradigma profesor-elev, doar că aici ambii studiază producţiile inconştiente ale analizândului, iar în ceea ce priveşte enigmatica dinamicii, aici este vorba mai mult de un parteneriat.

ZB: Dar nu ai recomandatCC pentru un pacient aflat într-o prăbuşire psihică?

CB: Nu, categoric nu. Asta ar fi ca şi cum i-ai spune unei persoane cu o tulburare de personalitate majoră că va beneficia de pe urma unui curs de judecată sănătoasă. S-ar putea să-i fie cât de cât util, dar nu se va adresa situaţiei subiacente, iar ea şi-ar irosi timpul pe speranţe false. Un lucru similar s-a întâmplat în zilele de glorie ale tratamentelor susţinute empiric, care au atras sute de mii de oameni în a le practica, le-au mâncat decenii din viaţă, dar nu le-au transformat personalităţile. Din punctul meu de vedere, aceste tehnici nu pot ajunge în adâncurile sufletelor pacienţilor, pentru a-i ajuta în privinţa problemelor de profunzime.

ZB: Acest text se bazează pe experienţa ta personală cu un număr mic de pacienţi. În vremurile noastre, ale cercetărilor bazate pe dovezi, ce fel de dovezi poţi oferi care să demonstreze eficacitatea abordării tale?

CB: Sunt pe cât se poate de conştient de nuanţa de marketing a termenului „bazat pe dovezi"; constituie arma obişnuită a ştiinţelor sociale împotriva ştiinţelor umaniste, dar celor care aderă la ştiinţele cele dintâi nu le convine faptul că putem învăţa mai mult despre fiinţele umane dintr-un exemplu individual – de pildă, *Hanilet* al lui Shakespeare – decât din întreaga lor istorie de contribuţii atent cuantificate. Metoda lui Freud avea o bază umanistă. Studia un singur caz – spre exemplu, *Dora* – şi, pornind de la particular, ajungea la concluzii aplicabile universal. Cazurile sale sunt departe de a putea fi considerate

ştiinţifice, dar tocmai în asta rezidă puterea lor. Cazul *Dora* este un obiect singular, împărtăşit, pe care oricine îl poate citi, critica şi evalua de unul singur, din nenumărate puncte de vedere. Ştiinţele sociale merg pe o altă cale: ele acumulează date, testează ipoteze, colaţionează rezultate şi publică dovezi. Problema este că, de vreme ce această metodă limitează sever spectrul de variabile posibile, trebuie să fie, la rându-i, extrem de limitată; ajunge în cele din urmă să examineze şi să dovedească aspecte minuscule, aflate la marginea insignifianţei. Asta face o diferenţă categorică faţă de psihanaliză. Ar fi ca şi cum am încerca să comparăm două romane numărând virgulele, punctele şi semnele de întrebare din fiecare dintre ele. Ar fi poate interesant să ştim rezultatul, dar reflectă oare esenţa romanelor? TCC nu are nimic de a face cu psihodinamica. Nu pretinde să exploreze mintea. Ceea ce oferă nu simt decât remedii pe termen scurt ale simptomelor.

ZB: Totuşi, cei care-ţi citesc cartea sunt aproape invitaţi la o experienţă de lectură bazată pe încredere absolută, nu-i aşa?

CB: Nu cer încredere absolută de la cititorii mei. Această carte este rezultatul experienţei de-o viaţă ca psihanalist. Este publicată în speranţa că şi alţii vor dori să exploreze ei înşişi premisa că psihanaliza poate să ofere unei persoane capacitatea de a transforma o prăbuşire psihică într-un progres. Modul în care o astfel de carte va fi utilizată şi diseminată în viitor nu va mai face parte din experienţa mea. Faptul de a fi menţinut tăcerea cu privire la ce consider că am descoperit se poate să fi fost convenabil – nu prea mă aştept ca acest text să-mi servească prea mult în faţa colegilor –, dar cred că nu am de ales decât să îi dau drumul în lume şi să-i las pe alţii să vadă ce va ieşi cu timpul de pe urma lui.

ZB: Pui un mare accent pe atenţia cu care îţi constitui echipa, pe faptul că ea este acceptată (deşi uneori cu rezistenţe temporare) de către pacient, dar rar

aduci în discuţie aspectele transferenţiale ale modificării cadrului. Nu sugerez că nu lucrezi cu transferul (o faci cu siguranţă), dar punerea la dispoziţie a ceea ce este în sine un tratament gratuit – prelungirea şedinţelor, uneori chiar călătorii necesare pentru a te vedea cu pacientul –, aceste elemente trebuie cu certitudine să aibă implicaţii extrem de mari în privinţa manierei în care te vede analizândul.

CB: Nu şi dacă pacientul se află într-o prăbuşire psihică. Să ne imaginăm că înoţi fără griji în mare, iar pe lângă tine trece un vas plin de oameni prietenoşi, care aruncă o scară peste bord şi te invită să li te alături. Acesta este, ca să spunem aşa, un act de seducţie, iar persoanei care acceptă gestul îi va fi clar că ia parte la un moment seductiv. Însă dacă te afli în mare, pe cale să te îneci, şi apare un salvamar care îţi aruncă un colac de salvare, te vei agăţa de el într-un act instinctiv, pentru că îţi va salva viaţa.

ZB: Dar cu siguranţă că a fi salvat aduce cu sine o dimensiune transferenţială imensă. Eşti un salvator!

CB: Nu, sunt un profesionist. Se poate ca un salvamar să îi salveze viaţa cuiva, dar a fost antrenat să o facă. Este meseria lui. Dacă face ce trebuie să facă, va avea efectul scontat. Persoana care era cât pe ce să se înece este posibil să îi rămână veşnic recunoscătoare acelui salvamar, dar neuitând nici faptul că asta este ceea ce trebuie să facă salvamarii.

ZB: Deci, subliniezi în mod clar faptul că acesta este un act profesional şi nu o trăsătură idiosincratică a relaţiei tale emoţionale cu pacientul?

CB: Exact. Fac şi frecvente referiri la mine însumi la persoana a treia – „analistul tău este de părere că „sau chiar „persoana aflată în slujba ta” – tocmai pentru a menţine acest aspect în mintea pacientului. Este vorba de o relaţie profesională. Am fost angajat de această persoană să lucrez cu ea, iar obligaţia mea este de a o analiza. Uneori, mă voi referi la propria-mi persoană ca la un obiect terţ de la începutul analizei şi pe tot parcursul ei, fie

că sunt în faţa unei persoane aflate într-o prăbuşire psihică sau nu. De asemenea, ajută să ne păstrăm în minte faptul că mă prezint ca unul dintre membrii unui grup de oameni care îl vor ajuta pe pacient.

ZB: Ai senzaţia că pacienţii sunt surprinşi când anunţi noul contract?

CB: Nu. Nu am menţionat asta şi ar fi trebuit s-o fac, dar când propun schimbarea de cadru, o rog întotdeauna pe persoana în cauză, atunci când ajunge la şedinţă, să se aşeze în faţa mea, să nu se întindă, dacă se află în analiză. Dacă este într-o psihoterapie, încep prin a spune că aş vrea să încep eu şedinţa. Deci, în ambele cazuri, le provoc o anxietate semnal, ceea ce înseamnă că acum relaţionez cu funcţiile de nivel mai înalt ale Eului lor, întrucât aceasta este o necesitate a sarcinii pe care o avem dinainte. De vreme ce urmează să îi propun o modificare a travaliului, cred că pacientul trebuie să revină la poziţia preanalitică, astfel încât, simbolic, să mă pot adresa sinelui său adult.

ZB: Nu este într-un fel şocant pentru ei?

CB: Numai dacă ai evaluat greşit situaţia. Adu-ţi aminte că, dacă persoana este pe cale de a avea o prăbuşire psihică, atunci cadrul se află deja în schimbare. În acest punct, încerci să furnizezi un cadru nou; unul care este mai potrivit nivelului de decompensare mentală care ţi se prezintă.

ZB: Deci, prăbuşirea psihică a pacientului constituie acţiunea definitivă în determinarea acestor lucruri?

CB: Da, este clar că e nevoie de o abordare diferită din partea analistului. Mulţi analizanzi cred de fapt că urmează să ajungă la spital, cu atât mai mult cu cât adesea familia sau prietenii aduc asta în discuţie. Ultimul lucru pe care l-ar anticipa ar fi că analistul va sugera o intensificare a analizei.

ZB: Este explicit? Discuţi cu pacientul despre spitalizare?

CB: Nu. Foarte rar. Discut despre noile linii directive şi ne concentrăm asupra noului cadru temporar.

ZB: Deci transmiţi faptul că este temporar?

CB: Absolut. Asta este o parte importantă a aspectului temporal al limitelor. Indicând faptul că este vorba doar de o modificare temporară a analizei, până la momentul la care pacientul va fi ieşit din criză şi îşi va fi revenit, ajuţi persoana să creadă că viaţa obişnuită se va întoarce.

ZB: Este cert faptul că tu consideri că o prăbuşire psihică este un moment cu potenţial transformator, fie el negativ sau pozitiv.

CB: Da, cred asta cu tărie. De fapt, este un moment de mare făgăduinţă. O prăbuşire psihică reprezintă cea mai puternică acţiune amânată din viaţa unei persoane. Aduce cu sine o combinaţie foarte intensă de vulnerabilitate, dorinţă de a primi ajutor şi o disponibilitate de a coopera în cadrul unei noi alianţe terapeutice, alături de o diminuare semnificativă a apărărilor şi rezistenţelor, un înalt nivel de specificitate inconştientă cu privire la nucleul problemei şi o nouă valorizare a istoricităţii. Şinele este inundat de rămăşiţe ale unor experienţe emoţionale şi avem parte de un eveniment cu un potenţial terapeutic enorm.

ZB: Faci distincţie între două origini separate ale prăbuşirii psihice suferite de un pacient non-psihotic. Discutând dintr-o perspectivă clasic freudiană, argumentele susţin o formă de fragilitate mentală, care derivă dintr-o slăbiciune a Eului, constituită în urma provocărilor intrinseci tuturor bebeluşilor şi copiilor mici, dintr-o vreme în care mintea nu este îndeajuns de dezvoltată pentru a gestiona forţa instinctelor şi dificultăţile vieţii de zi cu zi. Cealaltă situaţie este mai degrabă în spiritul lui Ferenczi, Balint, Winnicott şi altora, pentru care prăbuşirea psihică derivă din eşecurile relaţiilor timpurii dintre sine şi ceilalţi. Ce diferenţă vede psihanalistul, dacă există vreuna, între aceste drumuri foarte diferite înspre o prăbuşire psihică?

CB: Persoana care suferă un *après-coup* ce îşi are

originile în eşecurile timpurii parentale sau ale mediului îşi va fi organizat de regulă în narativul istoric propriu o impresie despre cum a fost dezamăgită în copilărie. Va demonstra acest lucru în transfer, ceea ce va repune în scenă aspecte ale acestui eşec timpuriu al culturii parentale. Astfel că analistul va avea destule dovezi din analiza transferului, a contratransferului şi a asociaţiilor libere pentru a-i permite să localizeze problema în tărâmul realului; anume între sine şi celălalt. Celălalt tip de pacient, cel care este inerent fragil şi supus unor limite autoimpuse nu va aduce amintiri distincte ale eşecului faţă de sine al figurilor parentale. Din contră, s-ar putea să fie foarte ataşat de părinţi, care se poate să îi fie de mare ajutor în continuare, aşa că nu va fi pusă pe scena transferului o astfel de traumă timpurie. În schimb, analistul va descoperi că este martorul unui război predominant intern între pulsiuni şi mintea persoanei; anume, între sine şi sine. Se va dovedi că aceşti pacienţi deţin structuri psihice construite pe baza unor axiome psihodinamice specifice, care au condus la crearea unor apărări autominimizante. În acest caz, un *après-coup* este trauma apariţiei unei dureri psihice cauzate de nişte problematici structurale constituite cu multă vreme în urmă.

ZB: Diferă aceste două tipuri de persoane şi în alte moduri?

CB: Persoanele psihonevrotice (a căror suferinţă este cauzată de lupte în esenţă interne) au de regulă im sentiment că este ceva în neregulă cu ele, că ele sunt cauza propriilor dificultăţi; că nu este ceva care le-a fost transmis mai departe sau indus de către alţii. Acestor oameni le este de obicei foarte clar că nu pot accepta generozitatea, iubirea sau interesul celuilalt, pentru că s-ar simţi prea perturbaţi intern. Aşa că, trebuie să îl refuze pe celălalt, chiar dacă sunt conştienţi că acceptarea unor astfel de invitaţii ar fi generativă. Îi arată analistului că lupta este internă: spre exemplu, între pulsiunile sexuale şi

cele agresive, ori între ameninţarea castrării şi ambiţiile dorinţei. Ori s-ar putea ca lupta să se dea între Supraeu, pe care l-au investit cu o mare putere, şi propria persoană, pe care îl văd ca pe nimic mai mult decât o întruchipare muritoare a imperfecţiunii. Persoanele angajate în conflicte psihonevrotice atât de intense au puţin timp de acordat altora, iar pe vremea când erau copii, se poate să le fi cauzat multe supărări unor părinţi iubitori, care pur şi simplu nu reuşeau să creeze o conexiune cu ei, cu atât mai puţin să le rezolve problemele.

ZB: Totuşi, în ambele situaţii, o prăbuşire psihică este o acţiune amânată?

CB: Un *après-coup* psihonevrotic apare în analiză odată ce persoana redescoperă incapacitatea minţii de a gestiona forţele psihice. Puterea pulsiunilor întâlneşte acum puterea Supraeului, producând forme toxice de vinovăţie, anxietate şi depresie, care pot fi copleşitoare. Este posibil ca analistul să trebuiască să funcţioneze o vreme ca Eu auxiliar, dându-i acestei persoane posibilitatea de a gestiona însăşi trauma de a avea o minte. Pe de altă parte, în ce priveşte individul cu o tulburare de personalitate, un *après-coup* reprezintă apariţia unei dureri psihice derivate din şocurile avute în realitate, asta neimplicându-i neapărat pe părinţi. Aşa cum am arătat, un singur eveniment minor din realitate poate avea un efect profund perturbator asupra individului, împingându-i personalitatea într-o anumită direcţie.

ZB: Ai spune deci că, în cazul ambelor tipuri de personalităţi, atunci când suferă o prăbuşire psihică, prin extinderea şedinţelor, devii un Eu auxiliar?

CB: Da, cred că da. Paula Heimann, prima mea supervizoare, făcea frecvent această afirmaţie. Când am întrebat-o de ce era atât de axată pe interpretare, mi-a explicat că, prin a face interpretări, preiei funcţia unui Eu auxiliar. Trebuia să recunoaştem faptul că persoanele aflate în analiză sufereau prăbuşiri psihice, pentru că acestea erau în parte efectul analizei, ea fiind concepută în

aşa fel încât să intensifice conflictele individului, astfel încât, aduse la lumină, să poată fi supuse transformării terapeutice. Aşadar, analistul avea o responsabilitate etică de a interveni şi de a asista pacientul, oferindu-i, pas cu pas, interpretări, până la ieşirea din situaţia în care se afla.

9 9

ZB: Asta aproape că sună ca şi cum în terapia prin cuvânt analistul ar avea rolul principal!

CB: Da, şi din unele puncte de vedere, în anumite contexte, este cu totul adevărat. În timpul unora dintre prăbuşirile psihice, s-ar putea ca, trăgând linie, analistul să vorbească mai mult decât pacientul, mai ales atunci când acesta traduce stări emoţionale în cuvinte. (Poate fi vorba de stări emoţionale ale pacientului, dintre pacient şi analist sau ale analistului.) Pe de altă parte, unul dintre pacienţii mei, vorbind despre travaliul nostru, a spus că psihanaliza n-ar trebui denumită terapie prin cuvânt, ci „terapie prin ascultare”, ceea ce cred că este extrem de interesant şi destul de corect.

ZB: Presupun că unii dintre aceşti pacienţi au parcurs anterior o psihoterapie pentru copii. Ai lucrat cu persoane care să sufere o prăbuşire psihică şi care să fi fost în terapie când erau copii şi, dacă da, ce efect are acest lucru asupra rezultatelor?

CB: Am lucrat cu oameni care fuseseră în terapie pentru copii şi care au ajuns să sufere o prăbuşire psihică mai târziu în viaţă. În general, am descoperit că, dacă au fost văzuţi de un psihanalist în adolescenţă, acest lucru poate avea un impact semnificativ asupra alianţei de lucru din analiza ca adulţi. De vreme ce adolescenţa constituie o reprezentare a problematicilor oedipiene şi preoedipiene, dacă pacientul îşi aminteşte să fi fost ajutat anterior de un alt analist, asta se va dovedi a fi în beneficiul lui, odată ce intră într-o prăbuşire psihică adult fiind. Şi întrucât adolescenţa este ea însăşi o formă de prăbuşire, a avut parte de un soi de repetiţie pentru reprezentaţia principală; pentru prăbuşirea psihică din viaţa de mai

târziu.

ZB: Într-o carte anterioară, ai scris că, atunci când faci interpretări, unii pacienţi nu par să te audă la un nivel conştient, dar că interpretarea pare totuşi să servească drept catalizator pentru atingerea de către ei a unei gândiri intense, creative. Este aceasta o caracteristică a lucrului cu persoane aflate într-o prăbuşire psihică?

CB: Da. Explicaţiile clare, oricât de scurte, sunt pentru pacient ca un fel de reverii puse în cuvinte. Se poate ca el să nu adere în mod particular la conţinut – ba chiar s-ar putea ca acesta să fie pe deplin uitat –, dar comentariile par adesea să-i inspire gândurile înspre a lua o nouă direcţie.

ZB: Cum îţi explici acest lucru?

CB: Cred că este una dintre formele de comunicare inconştientă între analizând şi analist, ca şi cum comentariile analistului ar fi o matrice verbală pe care pacientul o poate folosi pentru a-şi imagina ceva complet diferit. În sensul strict winnicottian, este o formă de joc între cei doi. Prin „jocul" din analiză, Winnicott nu se referea la faptul că cei doi realmente se joacă, ci că interpretările analistului şi răspunsurile pacientului reprezintă în sine o formă de joc. Interpretarea clară, urmată de o activitate intermentală, determină *natura* experienţei psihice a pacientului, iar acest fapt este vital pentru înţelegerea minţii sale. Aşa cum cititorul a văzut, în astfel de momente tind să confrunt axiomele psihice ale analizândului, iar el beneficiază de pe urma acestor confruntări psihice provocatoare cu analistul. Intenţia este de a introduce o altă perspectivă, care să-i ofere pacientului o mai mare capacitate de a se angaja într-o autoreflexivitate generativă. Aceasta va constitui o perioadă temporară în cadrul travaliului – uneori de numai o zi sau două –, înainte ca o astfel de activitate inconştientă intensă să dispară şi să fie uitată, deschizând calea către noi axiome inconştiente care să reflecte travaliul parcurs.

ZB: Care crezi că este cel mai mutativ aspect al şedinţelor extinse?

CB: Timpul psihanalitic. Cadrul temporal obişnuit stabilit pentru şedinţa psihanalitică este adecvat realităţii sociale – poate fi cu uşurinţă inclus într-o zi lucrătoare –, dar nu este determinat de ritmul procesului psihanalitic şi, din punctul meu de vedere, nu se potriveşte foarte bine cu natura vieţii inconştiente. Prelungind o şedinţă la 90 de minute, cred că analistul adaptează cadrul la posibilităţile inconştiente. Iar dacă şedinţa durează o zi întreagă, atunci realităţile sociale ale celor doi participanţi au fost întru totul lăsate deoparte, în beneficiul timpului psihanalitic. Ce a fost la fel de surprinzător atât pentru mine, cât şi pentru pacienţii mei, a fost cât de naturală pare să fie resimţită această adaptare. Este ca şi cum pur şi simplu i-am acorda inconştientului ceea ce are nevoie pentru a-şi parcurge travaliul în cadrul experienţei psihanalitice.

ZB: Deci, ceea ce spui este că un cadru psihanalitic tradiţional nu este adecvat posibilităţilor depline ale experienţei psihanalitice?

CB: Probabil că da. Dar trebuie să trăim cu această limitare. Am simţit de mii de ori de-a lungul carierei mele că o şedinţă se încheiase prea repede şi că analizândul ar fi avut nevoie de mai mult timp pentru a dobândi un acces mai profund la propriul inconştient. Pur şi simplu nu este practic să ţii astfel de şedinţe extinse în mod obişnuit, dar se poate să eşuăm de fapt în acest sens în a împlini adevăratul potenţial al psihanalizei.

ZB: l-ai oferit vreodată şedinţe extinse unui pacient care nu suferea o prăbuşire psihică?

CB: Cred că nu puţini analişti vor pune la dispoziţie şedinţe de 90 de minute (sau duble) în anumite circumstanţe. Spre exemplu, dacă un pacient vine din străinătate şi nu îşi poate permite decât o scurtă perioadă de analiză sau, uneori, atunci când lucrez cu o persoană care este foarte tulburată încă de la început, s-ar putea să o primesc pentru 90 de minute. Iar pentru întrevederile

preliminare întotdeauna ofer o şedinţă de 90 de minute sau chiar câteva şedinţe, înainte de a face o recomandare.

ZB: Ai lucrat vreodată cu cineva pe toată durata unei zile, persoana nesuferind o prăbuşire psihică, ci pur şi simplu pentru a vedea dacă ai putea dobândi un mai mare acces la viaţa sa inconştientă?

CB: Nu. Sunt generic precaut şi nu aş vrea să stabilesc un astfel de precedent. Este evident că un astfel de travaliu nu ar putea fi susţinut, iar dacă ar fi oferit de la bun început, atunci ar fi perceput ca reprezentând cadrul, axioma analizei. Nu văd cum ai mai putea trece apoi la şedinţe obişnuite.

De asemenea, este important de evidenţiat faptul că şedinţele de o zi întreagă au funcţionat în modul în care au făcut-o datorită perioadei anterioare de analiză şi a faptului că pacientul se afla într-o prăbuşire psihică şi, deci, într-o stare psihică profund comunicativă.

ZB: Întorcându-ne la timpul psihanalitic, constituie acesta singura dimensiune mutaţivă a transformărilor care au loc în aceste analize? Ai pus în discuţie rolul conştientului şi al travaliului intermental. Ce altceva ai adăuga?

CB: Mai sunt, fireşte, multe alte aspecte. În timpul prăbuşirii psihice, inconştientul este mai deschis, mai specific, existând şi o dorinţă urgentă de a readuce persoana într-o stare eliberată de durerea psihică. Două forme de trecut – evenimentul precipitator din trecutul recent şi densitatea trecutului persoanei – devin interconectate, iar acest fapt aruncă lumină asupra structurii prăbuşirii psihice a sinelui. Logica prăbuşirii este dezvăluită şi poate fi explicată. Se creează o *istorie* care leagă cele două forme de trecut. Procesul de îmbinare a acestor piese de puzzle creează un nou eşafodaj pentru apariţia unor afecte înăbuşite, care emerg acum sub forma unei experienţe emoţionale puternice şi depline. Aşadar, are loc o contribuţie mai profundă a inconştientului; istorii care dezvăluie logica acestei prăbuşiri psihice şi constituie

un nou gestalt. Persoana îşi transformă tiparul anterior de a fi şi de a relaţiona într-un nou tipar. Vechiul tipar nu fusese niciodată înţeles. Era ego-distonic, cauză a unei dureri psihice imense, deşi se poate să fi furnizat beneficii secundare, precum plăcerile masochiste. Acum persoana are o intensă nevoie de schimbare, iar această redirecţionare motivaţională inconştientă este mai puternică decât rezistenţele şi anumite apărări. Pe măsură ce noua structură se dezvoltă prin intermediul travaliului analitic, aceasta funcţionează iniţial ca o structură psihică tranziţională, una psihologică; una care are sens pentru pacient. Un astfel de sens nou găsit este eliberator, resimţit ca o uşurare, şi devine treptat o parte a personalităţii individului.

ZB: Despre ce nivel de schimbare vorbim? Cu siguranţă că nu crezi că este afectată întreaga personalitate.

CB: Bineînţeles că nu. Numai factorii care au contribuit la slăbiciunea Eului sau la fragilitatea psihică; cauzele prăbuşirii psihice. Ulterior, când persoana revine la analiza obişnuită, va putea să lucreze asupra altor problematici. Dacă este vorba de pacienţi psihonevrotici, atunci prăbuşirea psihică şi transformarea vor fi fost foarte semnificative ca măsură a schimbării psihice. Dacă sunt mai perturbaţi, cu o tulburare de personalitate gravă, atunci efectul va fi doar unul parţial şi va fi nevoie de mult mai mult lucru.

ZB: Dacă ne imaginăm pentru o clipă că abordarea ta ar deveni practica standard, cum ar putea fi prezentată aceasta analizanzilor şi publicului?

CB: Cred că realizezi că părerea mea este că vorbim despre ceva imaginar. Nu mă aştept la acordul colegilor mei pentru cea mai mare parte a metodei pe care am propus-o. Nu aş recomanda ca analiştii să aducă în discuţie această idee la înce9 *9*

putui unei analize, deşi presupun că, dacă pacientul ar fi auzit deja de ea, atunci i s-ar putea confirma că

reprezintă o măsură de utilizat numai în circumstanţe deosebite. Fără îndoială că ar avea o anumită semnificaţie pentru pacient, iar aceasta ar trebui să fie analizată.

ZB: Ai scris împreună cu David Sundelson o carte despre confidenţialitate, *The New Informants*, în care pledaţi pentru o politică a non-complianţei cu oricine ar cere informaţii despre pacienţi. Cum împaci acest punct de vedere cu utilizarea unei echipe de suport?

CB: În *The New Informants* am susţinut că nu doar psihanalistul se supune confidenţialităţii, ci profesia în sine. Acest fapt îi permite unui analist să se consulte cu alţi analişti în legătură cu pacientul. În ce-i priveşte pe cei aflaţi într-o prăbuşire psihică, vorbesc despre pacient cu ceilalţi specialişti implicaţi, dar numai pentru a le cere ajutorul. Nu discut propriu-zis despre pacient şi nu ofer niciun detaliu cu privire la ce se întâmplă în analiză, şi îi folosesc numele numai după ce mi-a oferit permisiunea de a o face.

ZB: Dar cu siguranţă că trebuie să existe multe presiuni din partea colegilor tăi de a le spune ce anume se întâmplă care să conducă la asemenea intervenţii? *9*

CB: Da, asta-i adevărat. Se poate să spun ceva obiectiv, spre exemplu că pacientul se află într-o „depresie agitată”, pentru că aş vrea ca psihiatrul să cunoască situaţia. Singura dificultate reală pe care am avut-o din acest punct de vedere a fost în America, atunci când pacientul se afla într-o terapie maritală. În Statele Unite, terapeuţii de cuplu privesc ca practică normală consultarea între colegii psihanalişti care lucrează cu unul şi celălalt partener. Deşi vor deţine „consimţământul informat” de a face asta şi deşi vor proteja confidenţialitatea din alte perspective, eu nu mă simt confortabil cu acest tip de practică. Sunt de părere că, în măsura posibilului, orice ai afla despre pacientul tău ar trebui să vină de la pacient şi nu din vreo altă sursă.

ZB: Pari destul de sigur de dezacordul colegilor tăi psihanalişti în privinţa acestei cărţi, dar n-ar fi oarecum

posibil ca mai mulţi oameni să utilizeze aceste metode, dar tu să nu fi aflat?

CB: Ştiu că se întâmplă uneori ca analiştii să pună la dispoziţie şedinţe prelungite şi şedinţe suplimentare. Scopul scrierii acestei cărţi a fost de a oferi o descriere a propriei mele experienţe particulare în acest domeniu şi mai ales ca psihanaliza extinsă să fie considerată o formă alternativă de tratament pentru cei care suferă prăbuşiri psihice.

ZB: Mai ştii ca altcineva să fi lucrat cu un pacient pe toată durata zilei, câteva zile la rând?

CB: Nu, nu ştiu. Dar s-ar putea ca analiştii să nu se simtă încrezători să-şi descrie metoda de lucru din cauza regulilor ortodoxe instituite. Se poate foarte bine ca astfel de lucruri să se fi întâmplat şi să fi condus la succese clinice, dar pur şi simplu să nu fi fost împărtăşite.

ZB: Ai scris că nu eşti de acord cu unele aspecte ale tehnicii lui Winnicott, faptul că încuraja prea mult dependenţa de el în transfer, şi sublimezi nevoia de a sprijini sănătatea Eului pacientului şi de a încerca să-i menţii funcţionarea în realitate. Ai putea spune mai multe despre asta?

CB: Cred că Winnicott mergea prea departe. Deşi ştiu de la mulţi oameni că i-a ajutat foarte mult, aceştia erau bine închegaţi de la bun început, aşa că puteau trece printr-o experienţă winnicottiană şi să iasă chiar mai bine din ea. Dar el îşi încuraja pacienţii să intre într-o prăbuşire psihică doar de dragul de a o face, iar în unele cazuri cred că era gata să vadă ca înnobilant faptul că o persoană şi-a descoperit propriul simţ al realităţii interne personale, chiar dacă asta echivala cu a-şi fi distrus propriu-zis viaţa. Este ca şi cum vedea în prăbuşirea psihică un fel de idilă romantică; două fiinţe neoplatonice sălăşluind într-un spaţiu rarefiat, lumea urbană şi realitatea externă aflându-se la foarte mare depărtare. Eu consider că o prăbuşire psihică este o tragedie. Dar atunci când apare – şi trebuie să-şi facă singură apariţia şi nu s-o forţezi, cum făcea

Winnicott –, poate fi transformatoare. Analistul trebuie să ştie atât cum să rămână în tăcere şi să primească comunicările inconştiente, cât şi cum să pătrundă în limbajul şi istoria pacientului prin comentarii clare, care să analizeze semnificaţia prăbuşirii psihice. Cu alte cuvinte, trebuie să aibă capacitatea de a opera atât cu funcţia maternă, cât şi cu cea paternă.

ZB: Te bazezi foarte mult pe cunoaşterea inconştientă care-i aparţine analizândului.

CB: Persoanei i se transmit conţinuturi din inconştient. Ca atunci când citeşti o carte sau când ţi se citeşte, acestea au un profund caracter informativ. Fireşte că şi analistului trebuie să i se transmită conţinuturi de către analizând; ei beneficiază apoi împreună de pe urma acumulării de cunoaştere în „depozitul de idei” la care face referire Freud.

ZB: Deci, înţelegerea conţinuturilor minţii este importantă pentru lucrul în acest palier?

CB: Este crucială, întrucât aceste conţinuturi reprezintă povestea cristalizată a suferinţei sinelui: istoria conflictelor şi problematicilor psihice care au condus persoana până în punctul prăbuşirii psihice. Vreau ca aceste conţinuturi să le fie transmise întâi pacienţilor. Şi numai apoi să le transmit şi eu ceva. Vreau ca pacienţii să acumuleze cunoaştere din propriul inconştient. Dacă îi putem ajuta să dobândească acea cunoaştere, atunci adevărul îi va elibera.

ZB: Cum intră în joc, practic vorbind, acest accent pus pe asocierea liberă atunci când o persoană parcurge o prăbuşire psihică?

CB: Sperăm că până în acest punct, analizândul îşi va fi dezvoltat o perspectivă îndeajuns de clară asupra propriilor secvenţe de gândire, astfel încât, chiar şi în toiul unei anxietăţi şi tulburări extreme, atunci când un tipar de gândire va ieşi la suprafaţă, înşiruirea de idei să funcţioneze într-o manieră aproape revelatoare.

ZB: În cartea *The Infinite Question*, ai pus în discuţie

pulsiunea interogativă. Ai sugerat că, atât în vise, cât şi în narativul unei şedinţe, persoana pune întrebări, iar apoi, adesea inconştient, dă răspunsuri profund relevante pentru sine, iar aceasta conduce apoi la alte întrebări. Când cineva se află într-o prăbuşire psihică, analistul reprezintă vreo funcţie inconştientă specială în acel moment?

CB: Psihanaliştii francezi consideră că inconştientul preia funcţia mamei. Este o formă de relaţie cu obiectul intrasubiectivă. Eu sunt de părere că, într-o prăbuşire psihică, şinele apelează la mama-inconştient, iar gândurile care emerg sunt profund presciente şi valoroase. Din unele puncte de vedere, cred că în acest moment analistul, în transfer, reprezintă atât apariţia mamei-continător, cât şi mintea. Este ca şi cum şinele se întoarce la fiinţa în care îşi are originile mintea.

ZB: Ai scris despre „şinele fisurat”, denumire pe care o dai în cazul persoanelor ale căror prăbuşiri psihice anterioare nu au fost adecvat întâmpinate de un altul terapeutic. Acesta nu este un termen comun şi mă întreb dacă ai putea să ne mai spui câte ceva despre el.

CB: Cred că există mulţi oameni care au suferit la un moment *9*

dat o prăbuşire psihică. N-a fost nimeni acolo care să o primească, ei şi-au revenit de pe urma colapsului, dar acesta s-a pierdut şi nu a avut loc niciun progres. Mai mult decât atât, daunele aduse unei persoane de un asemenea eşec se înscriu în fiinţa sa pentru tot restul vieţii. Chiar dacă a evitat o prăbuşire psihică psihotică, persoana nu poate ascunde un sentiment de a fi fost profund abandonată în momentul său de criză. Probabil situaţia cea mai comună este atunci când cineva este respins într-o relaţie de iubire. Respingerea de către un obiect de iubire este înfiorătoare. Şi deseori persoana rămâne într-o stare de rătăcire, temătoare să mai facă şi alte încercări în acest sens şi poate continua să trăiască în ceea ce John Steiner numeşte o „retragere psihică” pentru tot restul vieţii.

Aceasta poate avea un aspect similar cu depresia cronică sau cu un soi de amărăciune de nivel scăzut, dar persistentă.

ZB: Deci nu pui o etichetă diagnostică asupra acestei funcţionări? Pare că sugerezi că, indiferent de diagnosticul unei persoane, dacă nu a suferit anterior o prăbuşire psihică, are un prognostic mai bun decât cineva care are im diagnostic similar, dar a trecut printr-o prăbuşire. Asta pentru că este foarte posibil ca prima prăbuşire să fi provocat o sigilare a sinelui, care să fi condus la un nou tip de izolare.

CB: Da, ai descris foarte bine lucrurile. Există acum un nou strat de apărări, unul bazat pe ipoteza că ar fi decepţionat de celălalt, iar dacă aceasta a constituit o parte semnificativă a istoriei sale timpurii, nu va face decât să contribuie la acea convingere.

ZB: Dar se presupune că se poate totuşi crea un contact cu aceşti pacienţi în analiză sau în terapie?

CB: Asta depinde de pacient. Unii sunt atât de înfrânţi, încât intră într-o remiză cu analistul. Tot ce pot face e să-şi proiecteze sentimentul de disperare în analiză, forţându-l pe analist să le repete soarta. Alţi pacienţi pot fi atraşi înapoi din retragerea lor psihică pentru a face o oarecare investire în lumea obiectală. Aici este extrem de importantă acea distincţie dintre instinctul de viaţă şi cel de moarte. Cu cei care se află în mod predominant sub auspiciile pulsiunii de moarte, este improbabil să se poată crea o conexiune. Cei cărora le curge încă viaţa prin vine pot să facă un progres.

ZB: Ai menţionat că ai avut eşecuri cu unii dintre pacienţi la începuturile carierei tale, prin faptul că nu ai acţionat mai devreme pentru a-i ajuta, pe măsură ce se apropiau de o prăbuşire psihică. Acest lucru ar putea crea impresia că, începând de la un punct ulterior, ţi-ai perfecţionat tehnica şi nu te-ai mai confruntat cu dificultăţi. Spre exemplu, spui că niciun pacient nu a necesitat spitalizarea. Susţii că nu ai făcut nicio eroare?

CB: Nu, fireşte că nu. Nu iese bine de fiecare dată. Spre exemplu, au existat câteva ocazii în care am oferit şedinţe extinse unor persoane care probabil ar fi reuşit să perlaboreze criza doar cu ajutorul analizei standard. Mi s-a întâmplat şi să-i ofer şedinţe de o zi întreagă unui pacient pentru care, privind în retrospectivă, ar fi funcţionat probabil mai bine şedinţe prelungite. Nu a fost tulburat de încercarea mea, dar după o zi i-am spus că eram de părere că ar trebui să revenim la un cadru mai puţin intensiv. A fost important faptul că am reuşit să analizăm de ce crezusem eu că ar fi avut nevoie de un travaliu mai intensiv.

ZB: Deci ţi-ai supus propria recomandare analizei?

CB: Da, bineînţeles. Dar sper că toţi clinicienii îşi analizează uneori analiza. Facem multe greşeli, iar acestea trebuie analizate pentru ca procesul să funcţioneze.

ZB: Mai există şi alte probleme comune?

CB: O problemă dificilă este atunci când pacientul se află într-o căsnicie malignă sau pe cale să se destrame, iar partenerul joacă un rol central în colapsul pacientului. Dacă el locuieşte în continuare cu acel partener, atunci cred că trei şedinţe de o zi întreagă nu ar funcţiona. Cel mult, pacientul ar trebui să aibă cinci şedinţe pe săptămână, iar dacă este necesar, să se apeleze la o implicare mai mare a intervenţiei psihiatrice.

ZB: Cititorul s-ar putea întreba de ce ai aşteptat în jur de 30 de ani înainte de a vorbi public despre această metodă de lucru. În tot acest timp, ştiau mulţi dintre colegii tăi din Londra că le oferi pacienţilor şedinţe pe toată durata zilei?

CB: Nu ştia niciunul dintre colegii mei. Primii 20 de ani pur şi simplu făceam aceste ajustări atunci când păreau necesare, din motivele pe care le-am explicat în text, dar asta constituia o parte atât de mică a practicii mele, încât nu mă gândeam foarte mult la ea. Dar eram, desigur, de asemenea conştient că ar fi sau ar putea fi un subiect de controversă, aşa că doream să dobândesc mai

multă experienţă în această privinţă înainte de a o împărtăşi cu alţii.

ZB: Ar fi interesant să ştim mai multe despre efectele acestei metode de lucru asupra ta, ca analist. Să vorbim despre concentrare. Cum te pregăteşti pentru o şedinţă de o zi întreagă?

CB: Îmi iau îndeajuns de mult timp dimineaţa – în jur de o oră –, înainte de venirea pacientului, ca să pregătesc încăperea. Asta îmi aduce un ciudat sentiment de confort. Dacă sunt într-o cameră de hotel, într-un oraş străin, atunci voi aranja canapeaua, cu fotoliul meu în spatele ei şi în afara vederii, aşa că asta implică mutatul mobilei. Aranjez şi sticlele de apă pe o măsuţă care să se afle în spectrul privirii pacientului. Iar apoi, în jur de jumătate de oră înainte de şedinţă, pur şi simplu stau în fotoliul meu şi mă relaxez, înainte de a merge în sala de aşteptare pentru a-mi întâmpina pacientul. Cred că ceea ce fac trebuie să fie o formă de meditaţie sau de calmare a propriului sine.

ZB: Nu ţi se pare că perspectiva zilei ce urmează este destul de sumbră?

CB: Nu, nu mi se mai pare. N-am de ce să mă simt anxios, pentru că am încredere în proces şi în grupul de oameni cu care lucrez cu pacientul.

ZB: Dar *toată ziua*? Cum e să stai într-o încăpere cu un pacient de la 9: 00 la 18: 00?

CB: În mod curios, este foarte satisfăcător. Asta ar putea să sune ciudat, dar e ceva cu privire la momentul zilei – literalmente – care face parte din structura acestui proces. Începi cu lumina dimineţii şi cu sunetele dimineţii. Dimineaţa denotă ceva foarte optimist; până şi persoana aflată într-o prăbuşire psihică simte asta de obicei. Apoi soarele începe să se înalţe, încheind dimineaţa, iar până la amiază, este o perioadă intermediară de câteva ore, mai destinsă, ceea ce se reflectă în şedinţă. Apoi, până pe la 15: 00 sau 16: 00, apare un sentiment de calmare. Apusul ne poartă într-o altă dispoziţie.

ZB: Câte pauze iei?

CB: Nu iau decât o pauză de prânz. În rest, rămân în fotoliu pe toată durata zilei. Deşi pacientul îşi mai ia pauze, eu n-am făcut-o niciodată. Nu ştiu de ce, doar că întreaga experienţă, de la început până la sfârşit, este una profund meditativă şi nu simt nevoia să mă ridic.

ZB: Şi iată şi întrebarea finală. Dacă ar trebui să descrii aceas*9 9*

tă carte în două fraze, poate să faci un rezumat pentru un clinician începător, ce i-ai spune?

CB: Ai încredere în metoda psihanalizei. Alcătuieşte-ţi propria echipă de colegi specialişti care să te ajute şi fii sigur că-l prinzi pe pacient înainte să decompenseze. Pur şi simplu extinde cantitatea analizei şi asigură-te că transmiţi clar noul contract şi detaliile acestei extensii. Dacă nu funcţionează, atunci psihiatrul îşi va asuma responsabilitatea clinică, iar tu vei şti că ai făcut tot posibilul pentru a întâmpina nevoile pacientului tău.

Bibliografie

Bahnt, Michael (2014). *Defectul fundamental*, Bucureşti, Editura Trei.

Bollas, Christopher (1989). *Forces of Destiny*. London: Free Association Books.

(1992). *Being a Character*. New York: Hill & Wang.

(1995). *Cracking Up*. New York: Hill & Wang.

(2007). *The Freudian Moment*. London: Kamac.

(2011). *The Christopher Bollas Reader*. London: Routledge.

Bollas, Christopher şi Sundelson, David (1995). *The New Informants*. New York: Aronson.

Freud, Sigmund (1923/2005). „Psihanaliza şi teoria libidoului”, în *Opere complete, vol. 13 – Compendiu de psihanaliză*, p. 87. Bucureşti: Editura Trei.

Kubie, Lawrence S. (1960). *The Riggs Story*. New York: Harper & Brothers.

Phillips, Adam (2002). *Equals*. London: Faber & Faber.

Rosenfeld, Herbert (1987). *Impasse and*

Interpretation. London: Tavistock.

Steiner, John (1993). *Psychic Retreats*. London: Routledge.